

UNIVERSITÉ D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE 1935 - N° 3

# Contribution à l'Etude de L'Appendicite Rétro-Cœcale

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 31 Janvier 1935

PAR

Raymond TAVERA

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE, ET DE MÉDECINE COLONIALE

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

né le 30 Décembre 1905 à PARAMARIBO (Guyane Hollandaise)

|      |   |                                                       |   |                    |
|------|---|-------------------------------------------------------|---|--------------------|
| JURY | { | MM. COSTANTINI, professeur de clinique chirurgicale.. | { | Président          |
|      |   | CABANES, professeur de clinique gynécologique..       |   | Membres<br>du Jury |
|      |   | DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).....                    |   |                    |
|      |   | MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....                        |   |                    |

IMP. F. MICHAUD







UNIVERSITÉ D'ALGER

Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie

ANNÉE 1935 - N° 3

# Contribution à l'Etude de L'Appendicite Rétro-Cœcale

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 31 Janvier 1935

PAR

Raymond TAVERA

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

DIPLOMÉ D'HYGIÈNE, ET DE MÉDECINE COLONIALE

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES

né le 30 Décembre 1905 à PARAMARIBO (Guyane Hollandaise)

|      |   |                                                      |   |                    |
|------|---|------------------------------------------------------|---|--------------------|
| JURY | { | MM. COSTANTINI, professeur de clinique chirurgicale. | { | Président          |
|      |   | CABANES, professeur de clinique gynécologique..      |   | Membres<br>du Jury |
|      |   | DUBOUCHER, Agrégé (Chirurgie).....                   |   |                    |
|      |   | MOGGI, Agrégé (Chirurgie).....                       |   |                    |

IMP. F. MICHAUD

# FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN .....  
DCYEN HONORAIRE .....  
ASSESSEUR .....

MM. LEBLANC (✱, ✱, I. ✱).  
HERAIL (✱, I. ✱).  
PINOY (✱, I. ✱).

## PROFESSEURS

Clinique médicale .....  
Clinique Gynécologique.....  
Clinique chirurgicale .....  
Botanique et matière médicale.....  
Clinique médicale et hygiène infantile  
Médecine légale.....  
Clinique obstétricale et puériculture  
du 1er âge .....  
Anatomie .....  
Thérapeutique .....  
Clinique chirurgicale infantile et d'hor-  
thopédie .....  
Chimie biologique et médicale.....  
Pharmacie .....  
Microbiologie et cryptogamie.....  
Pathologie générale et clinique psychiâ-  
trique.....  
Physique médicale .....  
Anatomie pathologique .....  
Clinique des maladies des pays chauds  
des maladies syphilitiques et cutanées  
Parasitologie et zoologie médicale ..  
Physiologie .....  
Histologie et Embryologie .....  
Chimie générale pharmaceutique et  
toxicologie .....  
Clinique ophtalmologique .....  
Hygiène, hydrologie et climatologie .

AUBRY (O. ✱, ✱, I. ✱).  
CABANES (✱, ✱, I. ✱).  
COSTANTINI (✱, ✱, I. ✱).  
FOURMENT (A. ✱, O. ✱).  
GILLOT (I. ✱).  
GIRAUD (O. ✱, ✱, I. ✱).

LAFFONT (✱, ✱, I. ✱).  
LEBLANC (✱, ✱, I. ✱).  
LEBON (✱, ✱, A. ✱).

LOMBARD (✱, ✱, I. ✱).  
MAILLARD (✱, I. ✱).  
MUSSO (I. ✱).  
PINOY (✱, I. ✱).

POROT (I. ✱).  
PORTES (✱, ✱, I. ✱).  
POUJOL (✱, I. ✱).

RAYNAUD (✱, ✱, I. ✱).  
SENEVET (✱, I. ✱).  
TOURNADE (O. ✱, ✱, I. ✱).  
WEBER (✱, ✱, I. ✱).

WUNSCHENDORFF (I. ✱).  
N...  
N...

## PROFESSEUR SANS CHAIRE

M. COURRIER (✱, ✱, A. ✱) agrégé (Histologie)

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ARGAUD (✱, ✱, I. ✱).

MM. HERAIL (✱, I. ✱).

## CHARGES DE COURS

Clinique d'otho-rhino laryngologie. ...

H. ABOULKER (✱, ✱, A. ✱).

## AGREGES

Médecine .....  
Histologie.....  
Chirurgie .....  
Accouchements.....  
Médecine .....  
Chirurgie.....  
Anatomie pathologie.....  
Anatomie .....  
Chimie médicale .....  
Histoire naturelle pharmaceutique.....  
Physiologie .....

MM. BENHAMOU(✱, ✱, A. ✱).  
COURRIER (✱, A. ✱).  
DUBOUCHER (I. ✱).  
FERRARI (I. ✱).  
HOUEL (✱, ✱, A. ✱).  
LACROIX (A. ✱).  
MOGGI (✱).  
MONTPELLIER (I. ✱).  
RIBET (✱, A. ✱)  
N...  
N...  
N...

## AGREGE LIBRE

Physiologie ..... M. BATTEZ

*Nota. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*



La mission du médecin de demain, restera toujours celle de ses devanciers, la mission quasi-divine de guérir ou tout au moins soulager les souffrances. Pour l'assurer, .... les connaissances scientifiques, si poussées qu'elles soient ne suffisent pas toujours. Il est aussi indispensable de posséder, en plus, ces grandes qualités de cœur, de pitié, de charité et d'altruisme sans lesquelles le dévouement devient une comédie et la médecine un métier.

(Discours de Monsieur le Docteur GIRAUD, Professeur de Médecine Légale, à la séance de rentrée de l'Université d'Alger 17 Novembre 1934).



Je dédie cette Thèse

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. TILLIER

IN MEMORIAM



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## A MA MERE ET A MON PERE

Je n'oublierai jamais l'admirable exemple de leurs sacrifices qui me permettent d'arriver au terme de longues études.

Leur affection et leur amour sont aujourd'hui pour moi la meilleure récompense. Qu'ils soient assurés de mon amour le plus profond.

## A MES FRERES

Qui eux aussi ont droit à ma reconnaissance et à tout mon amour.

## A MES BELLES SŒURS



A MA FEMME ET A SES PARENTS

Auxquels nous rattachent de  
vieux liens solides d'amitié et  
d'affection.

A MA TANTE

ET A MON ONCLE MONSIEUR F. MANNONI

Chevalier de la Légion d'Honneur

Toute mon affection

A MA FAMILLE

A MES AMIS



A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COSTANTINI  
Professeur de Clinique Chirurgicale  
Membre correspondant de l'Académie de Médecine  
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il nous permette de lui dire  
combien nous ressentons l'honneur  
qu'il nous fait en acceptant la pré-  
sidence de notre thèse, et qu'il  
veuille bien recevoir l'assurance  
de notre vive gratitude.

Nous quittons avec regret ses  
services où nous apprîmes le meil-  
leur de nos connaissances.

Qu'il daigne agréer l'hommage  
de notre respect.



A MES MAITRES ET A MES JUGES

Monsieur le Professeur CABANES  
Professeur de Clinique Gynécologique  
Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur DUBOUCHER  
Professeur agrégé de Chirurgie

Monsieur le Professeur MOGGI  
Professeur agrégé de Chirurgie  
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'ils nous permettent de leur  
témoigner notre sincère gratitude  
pour l'excellent accueil qu'ils nous  
ont toujours réservé et pour leur  
enseignement à la Faculté et à  
l'Hôpital.

Nous leur en garderons toujours  
une grande et respectueuse recon-  
naissance.



A MONSIEUR LE DOCTEUR VERGOZ  
Chirurgien des Hôpitaux  
Membre correspondant de la Société de Chirurgie

Qui nous a inspiré le sujet de  
notre thèse et qui pas à pas nous  
a conseillé et aidé dans ce travail.  
Nous le remercions vivement et  
nous l'assurons de notre respec-  
tueuse sympathie.

A MADAME ET MONSIEUR LES DOCTEURS  
CHOUSSAT

Qui mirent à notre disposition  
une large documentation que nous  
avons pu consulter avec fruit.  
Nos sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL BLONDEAU  
Ancien assistant d'électro-radiologie  
des Hôpitaux de Paris

Dont l'amabilité nous a été pré-  
cieuse pour mettre au point notre  
chapitre de diagnostic radiologi-  
que.



MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE GOINARD  
Chirurgien des Hôpitaux

- Nous vous devons beaucoup.

Vos remarquables conférences nous ont permis de comprendre l'intérêt de toutes les branches de la Pathologie et ont marqué notre esprit d'une empreinte profonde.

Votre sollicitude envers notre famille et envers nous-mêmes nous a toujours touché. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre affectueuse et respectueuse reconnaissance.

A MM LES DOCTEURS COLONIEU, ALCAY,  
LAGROT

Qui nous honorèrent de leur amitié et de leurs conseils et dont nous n'oublierons jamais le dévouement Qu'ils croient à la sincérité de nos sentiments respectueux.



## A MES MEILLEURS AMIS

Aux Docteurs

WILLIAM MENTASTI

JEAN COTI

JEAN TORREILLES

Nous avons travaillé ensemble.  
Nos plaisirs et nos peines ont été  
communs, comme notre affection  
et notre amitié : nous nous les  
rappellerons toujours avec une  
douce émotion.

## A MES AMIS

Aux Docteurs

M. VIGNARDOU, P. SANTUCCI, R. DEISS.

J. CASTEX

Aux Pharmaciens

Ch. SANTUCCI, F. CASTEX

A MES CAMARADES DE L'HOPITAL ET DE LA  
FACULTE QUI M'ONT TEMOIGNE DES  
MARQUES DE SYMPATHIE



A MES MAITRES  
DE LA FACULTE DE MEDECINE  
A MES MAITRES DES HOPITAUX

MM. les Professeurs :

GILLOT  
LOMBARD  
COSTANTINI  
CANGE (In Mémoriam)  
DUBOUCHER  
AUBRY  
LAFFONT  
RAYNAUD  
CABANNES

MM. les Docteurs :

LEMAIRE  
DUMOLARD  
H. ABOULKER



# **Introduction**



Variété longtemps méconnue, la forme rétro-cœcale de l'appendicite, bénéficiant de nombreuses recherches, a fini par prendre une assez grande importance, justifiée d'ailleurs par son individualité anatomique et pathologique. Les erreurs de diagnostic et la nécessité de procédés opératoires spéciaux suffisent à lui réserver une place à part dans le grand chapitre de l'appendicite.

Dans sa forme rétro-cœcale l'appendicite est une affection sévère, parce que son diagnostic est difficile, plus difficile que celui de l'appendicite habituelle, parce que son évolution aiguë est toujours grave, peut-être plus grave que dans les autres modalités, parce que sa cure chirurgicale offre plus de difficultés, même quand la lésion est refroidie.

C'est pour cela que nous voudrions dans cette étude montrer la physionomie toujours particulière de cette forme de l'appendicite, insister sur la difficulté de son diagnostic et quand nous aurons signalé la bénignité apparente de son pronostic nous dirons les nécessités et les modalités de sa technique opératoire.

---



# **Anatomie**



Pour les classiques la situation rétro-cœcale de l'appendice vient au deuxième rang, la situation normale et la plus fréquente étant la position interne : c'est aussi l'opinion de Vignard. Les statistiques établies par les différents auteurs au sujet de cette fréquence de l'appendicite rétro-cœcale donnent des résultats assez divers :

Biggs (1898) : 32 fois sur 136 cadavres.

Tametsky : 19 fois sur 56.

Trèves : dans 18 % des cas, l'observe vertical, derrière le cœcum avec le sommet fixé au foie ou à la vésicule biliaire.

Marchand (1902) : 21 fois sur 58 cadavres.

Fowler (1906) : 37 fois sur 144 cas.

Lockwood et Robeston : sur 160 cadavres le trouvent 9 fois adhérent à la face profonde du cœcum et 12 fois dans la fossette sous-cœcale.

Pressac : dans sa thèse s'arrête au taux de 10 %.

Marion : 60 à 70 % dans une statistique ne portant que sur des sujets atteints d'appendicite.

Liertz de Berlin (1909) : sur 2.092 cas, 433 fois retro-cœcal et en partie retro-colique, soit 21 %.

Tuffier et Fergusson : 65 fois sur 200 cadavres, soit 33 %.

Tuffier et Jeanne : 32 fois sur 198 sujets.

Jonnesco et Champy : 33 %.

Kelly et Hirtz : 39 %.

Vallée : 31 %.

Descamps : 1 fois sur 5.

Cette discordance des chiffres fournie par les différentes statistiques n'est qu'apparente : elle est due à ce que certaines d'entre elles ne portent que sur des sujets atteints d'appendicite, les statistiques chirurgicales étant toujours plus élevées que les statistiques anatomiques. Peu nous importe de trancher le débat entre les différentes théories qui ont été émises au sujet de la position rétro-cœcale de l'appendice (embryologiques, anatomiques ou inflammatoires). Ce qu'il faut surtout connaître et étudier c'est la disposition du péritoine à son niveau pour comprendre le développement des supurations, leur situation et les signes qui leur seront particuliers.

D'après les recherches anatomiques d'Ancel et Cavaillon ce péritoine peut être disposé de cinq façons différentes.

1<sup>o</sup>) *Cæcum flottant*. — Le cæcum, le côlon et l'appendice sont fixés à un mésentère commun, rattaché à la paroi suivant une ligne allant de l'angle colique à l'origine de l'artère mésentérique ; tout l'intestin flotte librement dans la cavité abdominale complètement environné de péritoine mais sans autre connexion avec la paroi que l'insertion du mésentère commun primitif ; cette disposition essentiellement foetale observée surtout chez l'enfant (Vignard) est assez rare chez l'adulte. L'existence de ce méso-cæcum en permettant au cæcum de se porter au devant de l'appendice peut

expliquer la fréquence de l'appendicite rétro-cœcale.

2°) *Cæcum avec grande fossette rétro-cœcale.* — Le cæcum et le côlon sont fixés par leur bord externe à la paroi abdominale postérieure suivant une ligne parallèle à la ligne d'insertion de leur méso sur cette paroi ; mais en dedans ce repli pariéto-cœcal et pariéto-colique limite avec le repli pariéto-mésentérique un long couloir s'étendant du cæcum à la face antérieure du foie. La face postérieure du cæcum et du côlon doublée de séreuse en constitue la paroi antérieure, la paroi abdominale tapissée de son péritoine la postérieure.

3°) *Cæcum accolé avec fond libre.* — Le cæcum est adhérent sur toute sa longueur mais le fond reste libre, le péritoine recouvre l'ampoule cœcale qui flotte librement dans la fosse iliaque.

4°) *Cæcum complètement accolé.* — Le cæcum est complètement adhérent et le point d'insertion de l'appendice lui même est compris dans cette soudure ; le péritoine pariétal est en contact avec le tissu cellulaire cœcal et rétro-appendiculaire.

5°) *Cæcum avec méso.* — Le cæcum et l'appendice ont un double méso constitué par quatre feuillets : deux formés par le méso-côlon, les deux autres par le péritoine pariétal. Cette disposition résulte de ce que le cæcum accolé primitivement au péritoine pariétal l'attire vers lui « comme on attirerait un linge pris entre les doigts » (Vignard). Elle ne s'observe que chez l'adulte, le cæcum se décollant peu à peu du péritoine pariétal pour s'en constituer un deuxième méso. Elle met en rapport par leur pédicule interne le cæcum et l'appendice

avec les tissus intra mésentérique et pré aortique, par leur pédicule interne avec le tissu conjonctif rétro péritonéal.

Ainsi donc ces différentes dispositions anatomiques nous montrent l'existence d'un feuillet péritonéal pariétal constant en arrière du cœco-côlon, et Bérard et Vignard d'affirmer : « ceux-ci (cœcum et côlon) ne sont jamais extra-péritonéaux ainsi que l'appendice et ne reposent jamais directement sur l'aponévrose iliaque et le tissu cellulaire sous péritonéal ». Partant, même dans les cas de cœco-côlon fixé, toute appendicite rétro-cœcale est anatomiquement intra-péritonéale, mais la lésion bridée en avant par un double feuillet péritonéal (mésocœco-côlon) et par le cœcum lui même aura beaucoup plus une symptomatologie pariétale postérieure qu'une symptomatologie péritonéale pure. Le feuillet adhérentiel serait facilement envahi par le processus purulent d'où infiltration rapide de l'espace cellulaire de la fosse iliaque et propagation facile de la suppuration dans tout le tissu cellulo-graisseux rétro-cœco-colique allant du bassin à la face inférieure du diaphragme. L'appendice rétro-cœcal en rapport en avant avec le cœco-côlon, contracte en arrière des rapports variables suivant sa situation, suivant sa longueur ; suivant la situation même du cœcum l'organe peut-être en situation basse, moyenne ou haute.

*En variété basse* son principal rapport est surtout le psoas et les vaisseaux iliaques, rapport total quand l'appendice est entièrement extra péritonéal, rapport partiel quand, de sa moitié ou de sa pointe, il a dépassé la ligne de réflexion du feuil-

let viscéral au feuillet pariétal ; Subreville, dans sa thèse sur l'appendicite rétro-cœcale rapporte une observation de Dambrin où à l'intervention on trouve un appendice rétro-cœcal recourbé, remontant en arrière du cœcum avec pointe enfoncée près de la paroi iliaque et adhérente à la veine iliaque (obs. XXV) : on saisit le danger de ce rapport tant au point de vue opératoire qu'au point de vue de complications endo-phlébitiques.

*En variété moyenne* l'appendice est lombaire et sa pointe vient se mettre en contact avec le rein et le bassin.

*En variété haute* il entre en connexion avec le rein et avec le foie. Dans toutes ces modalités le rapport de l'appendice se fait surtout avec l'uretère « qu'il longe ou croise » (Laquière) rapport expliquant toute complication possible de périurétérisme, de rétrécissement, de perforation de l'uretère etc., A noter qu'il y a des cas (2 obs personnelles N° I et XV) d'appendice long allant de la fosse iliaque à la face intérieure du foie et contractant ainsi dans son trajet des rapports avec le psoas, l'uretère et le rein. Enfin notons comme dernier rapport l'aponévrose lombo-iliaque doublée de tissus cellulo-adipeux dont la facilité de propagation et de résorption ne reste pas étrangère à la gravité de l'appendicite rétro-cœcale.

Faut-il encore pour prouver l'intérêt de cette question décrire les connexions vasculaires et lymphatiques qui existent entre l'appendice et l'arbre urinaire droit ? Testut et Jacob ont fait cette étude, Laquière dans sa thèse les rappelle.

C'est surtout, disent-ils, quand l'appendice est accolé à la paroi postérieure que les connexions existent : « Lorsque cette disposition anatomique

se trouve réalisée, les lymphatiques peuvent eux aussi comme les veines transmettre l'infection appendiculaire au tissu cellulaire de la paroi postérieure de l'abdomen ». (Testut et Jacob). La disposition du réseau artériel régional et ses rapports sont modifiés au même titre que ceux de l'appendice lui-même. Leur étude est importante puisque c'est d'eux que dépend en grande partie la solution du problème technique.

Descomps étudiant les dispositions que peuvent affecter les vaisseaux dans le cas d'appendicite rétro-cœcale, montre à l'aide de schémas et résume comme essentiel les points suivants :

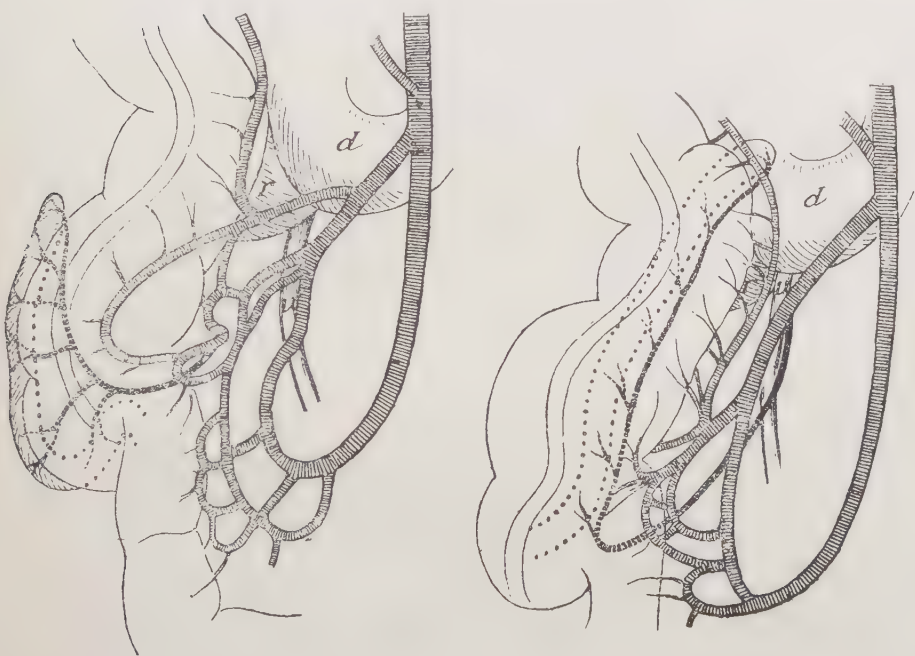
« 1°) l'origine souvent très haute de l'artère appendiculaire sur le tronc ileo-cœco-appendiculocolique ou tronc colique inférieur ;

2°) son trajet profond pariétal adhérent, sous-jacent au très riche plan artériel de l'angle iléocolique, plan qu'on pourrait par la pensée doubler comme densité si l'on tenait compte des nerfs satellites des artères et surtout des veines homologues des artères, veines accompagnées de leurs lymphatiques et ceux-ci de leurs ganglions ;

3°) son mode constant de ramescence à partir de l'implantation proximale de l'appendice, par des collatérales régulièrement espacées et étagées, d'autant plus courtes qu'on se rapproche de l'extrémité distale de l'appendice, d'autant plus nombreuses que l'appendice est plus long, l'artériole terminale du tronc étant comme une sorte de dernière collatérale qui gagne l'apex appendiculaire ».

Ainsi donc l'appendicectomie postérieure ne se-

ra pas aussi simple que dans la forme classique habituelle : le nombre des collatérales surtout en cas d'appendice long nécessitera des ligatures successives, étagées, prudemment faites à bout de



(Disposition des vaisseaux de la région iléo-cæco-appendiculaire ; types les plus fréquents. L'artère appendiculaire est figurée par un trait plein)

pînces et solides. Pour illustrer notre texte nous avons cru intéressant de reproduire ici deux des principaux schémas donnés par Descomps. (Revue de Chirurgie 1921, t. LIX p. 20). fig. 1 et fig. 2.



# **Anatomie Pathologique**



Les lésions de l'appendice en situation rétro-cœcale ne diffèrent en rien de celles que l'on a coutume d'observer sur un appendice normal : l'infection y provoque par le même mécanisme les mêmes altérations, et le processus présente tous les degrés et modes de l'inflammation. Aussi peut-on distinguer comme pour l'appendicite antérieure une forme aiguë et une forme chronique.

Dans l'appendicite rétro-cœcale aiguë on retrouvera donc les trois degrés d'inflammation décrits par Jalaguier : un premier degré d'appendicite catarrhale, limitée à la muqueuse ; un deuxième degré d'appendicite suppurée, ulcéreuse qui aboutit à la nécrose, troisième degré d'appendicite gangréneuse. Mais dans la forme aiguë de l'appendicite rétro-cœcale, par suite même de la situation particulière de l'organe, « le processus inflammatoire se trouve rapidement influencé, d'une part par les lésions du méso, de l'autre par les connexions que prend l'appendice lui-même avec le côlon ascendant et le tissu cellulaire rétro-cœco-colique ». En effet le processus inflammatoire aigu ou chronique fixe le plus souvent le méso-appendice dans sa partie moyenne, l'attirant de bas en haut derrière l'ileo-cæcum : les extrémités de l'organe restent donc libres. Les voiles membraneux de Jackson épaissis par le processus contribuent eux aussi à immobiliser le premier tiers de l'organe. Ils constituent à l'intervention une difficulté, le segment proximal de l'appendice restant sessile,

accolé à la face postérieure de la partie terminale de l'iléon, alors même que le segment distal aura été extériorisé. Et Bloch d'expliquer ainsi la fréquence de l'évolution gangréneuse dans le cas d'appendice rétro-cœcal : « Cette disposition qui coude l'appendice déjà mal nourri par un méso rétracté et épaissi, contribue puissamment à ischémier l'organe, parfois complètement étranglé à sa partie moyenne ». Aussi ne doit-on pas s'étonner de la rapidité avec laquelle évolue la gangrène appendiculaire, souvent localisée à tout l'appendice rétro-cœcal : c'est une première notion sur laquelle il importe d'insister tout particulièrement ; elle intervient pour justifier une décision opératoire urgente dans toute crise où la forme rétro-cœcale de l'appendice a pu être soupçonnée, car plus de 50 % des appendicites gangréneuses sont des appendicites rétro-cœcales.

Jacobovici nous dit que la forme gangréneuse qui est exceptionnelle dans les autres appendicites aiguës existe ici dans la majorité des cas : 52 cas de gangrène sur 87 cas, ce qui donne, une proportion de 60 %.

Une autre notion importante est celle des rapports très particuliers, comme nous l'avons montré dans notre chapitre anatomique, que l'appendice contracte dans sa situation anormale au milieu d'une loge étroite que lui forment les organes et ligaments qui l'entourent : à l'étroit derrière un cœcum dilaté l'appendice contracte des rapports intimes, en avant avec la face postérieure de la fosse iliaque, et l'infection pourra, soit par la voie veineuse ou lymphatique, soit en suivant la coulée cellulaire, se propager vers le fascia iliaca et la

gaine du psoas ou vers la loge rénale, parfois dans les deux sens.

En cas de cœcum libre faisant suite à un côlon ascendant normalement accolé, tandis que l'appendice est fixé sur la face postérieure du cœcum par un voile membraneux, l'infection par des phénomènes péritonéaux partiels, aidée par la distension réflexe du cœcum, fixe rapidement les parois de celui-ci au péritoine iliaque. L'abcès se constitue en position rétro-cœcale et voici formée la péritonite appendiculaire rétro-cœcale enkystée. En cas de cœcum primitivement fixé, sous péritonéal, le processus inflammatoire est identique mais au lieu de se développer en cavité péritonéale enkystée le pus se localise puis se propage dans la coulée cellulaire rétro-cœco-colique : péri-appendicite, para-appendicite, telles sont, suivant la dénomination de Monod et Vanverts, les deux formes anatomiques classiques de ces collections purulentes.

L'aspect microscopique de ces lésions est assez caractéristique, à péritoine intact par toute sa face antérieure, péritoine d'aspect même normal parfois à teinte congestive : le cœcum est fixé, soudé par sa face postérieure à une tuméfaction sous-cœco-péritonéale ; cette tuméfaction souvent à allure œdémateuse, refoulant le cœcum en avant d'elle, bombe surtout dans l'espace pariéto colique droit, donnant d'elle-même l'indication de la voie d'abord.

Il est rare que l'abcès enkysté rétro-cœcal s'ouvre dans le péritoine. Vignard le nie : « dans les cas, dit-il, où il y a eu péritonite localisée, l'appendice devait être en position sous-cœcale ou latéro-cœ-

cale ; le véritable abcès rétro-cœcal naît et progresse loin de la grande séreuse ». L'évolution extensive se fera soit en direction ascendante vers la loge rénale, soit vers le bassin par migration descendante.

L'abcès progresse surtout loin de la grande séreuse parce qu'il trouve devant lui une voie toute tracée, le couloir cellulo adipeux rétro-cœco-côlique. Ainsi le pus peut remonter le plus haut possible jusqu'à la face inférieure du foie : c'est la réalisation anatomo-pathologique de l'expérience de Kôrte qui poussant une injection entre les feuillets du méso-appendice voit le liquide filer en arrière du côlon jusque sous la face inférieure du foie.

Dans la loge rénale c'est dans la grande majorité des cas le fascia rétro-rénal qui se trouve envahi par le pus donnant ainsi naissance à un pseudo-abcès péri-néphrétique dont l'évolution pourra, par fusée à travers les muscles du triangle de J. L. Petit, se faire spontanément vers l'extérieur. Telle l'observation de Patel et Murard (Société des sciences médicales de Lyon 1911) où l'examen montrant un ventre paraissant indemne de toute lésion, permettait par contre une palpation douloureuse du triangle de J. L. Petit avec empâtement profond à ce niveau. A l'intervention le péritoine était indemne et l'implantation de l'appendice plongeait derrière le cœcum laissant l'organe tout entier en dehors de la grande cavité. Patel referme sans toucher à l'appendice. Une nouvelle incision pratiquée au niveau de l'angle de Petit amène l'évacuation d'un abcès considérable contenu dans une poche constituée par le cœcum et la fosse ilia-

que interne avec l'appendice plaqué contre la crête iliaque.

Nous trouvons dans la thèse de Laquière une très belle observation étiquetée « phlegmon péri-néphrétique droit et appendicite » ; alors que l'examen clinique ne montre aucune douleur abdominale, même pas la moindre douleur dans la fosse iliaque droite, il révèle par contre dans le flanc droit une tuméfaction inflammatoire avec point douloureux rénal net : à l'intervention le petit oblique et le transverse sont infiltrés, le tissu cellulaire pré-péritonéal œdémateux et verdâtre; l'incision de l'abcès ouvre une collection pyogazeuse horriblement fétide : « infiltration purulente a gagné la partie inférieure de la loge rénale ». Dans la cavité de l'abcès on trouve deux boulettes fécales avec un appendice sectionné et verdâtre.

D'autres auteurs (in thèse Boneille) signalent, mais exceptionnellement la possibilité de l'évacuation du pus dans le bassin. Munro (Annales of Surgery 1905), Broca et Jayle ont publié des observations d'abcès pré rénaux d'origine appendiculaire et Laquière dans sa thèse nous dit : « Ces abcès appendiculaires peuvent parfois s'ouvrir dans le bassin. Arnal en rapporte un cas de Roux. Cette ouverture se manifeste surtout par une pyurie intense fétide, souvent accompagnée d'hématurie. Cette débacle purulente ne cesse que par l'appendicectomie ». Voilà une évolution rare de l'appendicite rétro-cœcale : certes une curiosité évolutive, mais dont la connaissance peut être utile.

Dépassant l'étape rénale l'abcès pourra même

se diriger vers la face inférieure du diaphragme réalisant une variété d'abcès sous-phrénique dont l'évolution ultérieure est comparable à celle des suppurations sous phréniques liées aux perforations de l'estomac ou du duodénum.

Vers le bas plusieurs voies se présentent à la marche envahissante de l'infection : soit que par la perforation de la gaine du psoas elle suive ce dernier, pouvant aller se faire jour jusque dans la région de Scarpa, donnant des phénomènes de psoïtis appendiculaire dont on retrouve de nombreux cas relatés dans la littérature médicale, et qui méritent d'être mis au nombre des symptômes de l'appendicite rétro-cœcale ; soit que plus simplement, suivant les coulées cellulaires péri-vasculaires elle s'achemine vers l'un des organes creux de la cavité pelvienne. rectum, que le pus perfore donnant lieu à une évacuation purulente (Villaret), vessie, et chez la femme le ligament large avec perforation possible du dôme vaginal : ainsi la suppuration pelvienne n'est pas toujours l'indice d'une appendicite pelvienne.

Ces formes aiguës graves sont maintenant peu fréquentes et l'on rencontre surtout les formes d'appendicites chroniques qui du reste n'offrent pas moins d'intérêt tout comme diagnostic et traitement.

Parfois le cœcum peut être libre : quelques rares brides, séquelles d'une inflammation passée, le rattachent à la paroi postérieure : mais ce qu'il faut surtout savoir c'est que l'appendice est souvent à peine visible : on le devine à son point d'implantation sur le fond cœcal et partant de ce point

la palpation permet de le suivre comme un cordon dur et épaissi faisant à peine saillie sous la séreuse ; plaqué contre la face postérieure du cœcum il est tardivement recouvert d'un voile membraneux, ou d'une trame de tissu ulcéreux adhérentiel dans lequel il faudra le sculpter par appendicite rétro-grade.

Dans une de nos observations personnelles (observation N° IX nous avons trouvé avec un cœcum entièrement libre un appendice gros et sclérosé, complètement enfoui dans une fossette rétro-cœcale et adhérent de toutes parts aux parois de celle-ci. Après résection la fossette apparaissait nettement en forme de cornet à sommet supérieur et dont la base qui en formait l'entrée était limitée par un bord concave et tranchant. Dans la grande majorité des cas le cœcum est fixé, complètement adhérent par toute sa face postérieure, et ce sont ces cas qui sont le plus difficile au point de vue opératoire ; l'appendice n'est visible qu'après désinsertion cœcale, adhérent au cœcum, adhérent à la paroi iliaque dans laquelle souvent l'inflammation lui a créé un véritable nid. Perdu au milieu d'adhérences courtes et scléreuses, l'appendice lui même sclérosé, à moitié détruit par l'inflammation aigüe passée et refroidie, offre des difficultés de recherche particulière. On a l'impression qu'il n'existe plus.

Cette forme peut offrir de grandes difficultés opératoires, soit qu'on risque de lèser l'uretère, soit qu'on risque de déchirer les vaisseaux iliaques suivant le rapport qu'a contracté l'appendice dans sa fixation pariétale.

Enfin signalons que l'appendicite rétro-cœcale

dans sa forme chronique peut parfois prendre l'aspect d'une véritable tumeur constituée de fongosités inflammatoires au centre desquelles se perd l'appendice :

En résumé on peut donc dire que l'appendicite chronique rétro-cœcale présente surtout deux types : un type intra- péritonéal avec cœcum libre et appendice fixé sur sa face postérieure, un type extra-péritonéal avec cœcum entièrement fixé.

La constitution anatomo-pathologique de l'organe lui-même ne présente rien de particulier : il peut être complètement sclérosé, il peut être dur, à parois rigides, parfois de couleur rouge violacé et quelque forme qu'il revête, son anatomie histologique ne diffère en rien de celle de l'histologie classique.

---

# **Diagnostic Clinique**



La symptomatologie de l'appendicite rétro-cœcale crée un tableau clinique spécial. Sans doute il existe des types d'appendicites postérieures dont les signes sont ceux d'une appendicite banale : de ceux là nous ne nous occuperons pas; la situation de l'appendice n'est découverte qu'à l'intervention. Sans doute aussi, dans les crises d'appendicite quelle que soit la position de l'organe par rapport au cœcum, on peut observer une disproportion entre les signes cliniques et les lésions anatomiques : souvent on observe des formes trompeuses avec signes physiques estompés, signes fonctionnels absents; mais c'est surtout dans les formes rétro-cœcales que la disproportion entre la bénignité apparente des signes et l'étendu des dégâts anatomiques peut être des plus caractéristiques et cela parce que la position postérieure de l'appendice laisse l'organe loin du grand péritoine, ne permettant pas à ce dernier de manifester cliniquement son atteinte. Le tableau classique se trouve profondément troublé; le diagnostic est difficile, souvent il n'est pas posé; bien des malades ont été opérés d'appendicite alors qu'il s'agissait de lésions rénales ou de calculs de l'uretère et inversement des lésions graves appendiculaires, parce que extra-péritonéales ont été méconnues : l'erreur commise souvent par des cliniciens, tels que Charcot, (cas de Gambetta) donne une idée de cette difficulté .

Il n'y a pas que des nuances entre l'appendicite

rétro-cœcale et l'appendicite classique; la forme rétro-cœcale est plus qu'une variété anatomique : par son tableau clinique, par sa difficulté de diagnostic, elle mérite une description spéciale.

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer dans l'appendicite rétro-cœcale le tableau classique de l'appendicite normale; la crise revêt ici une « allure bâtarde », caractérisée surtout par des manifestations spéciales qui peuvent du reste être plus ou moins nettes :

- a) une douleur : localement, douleur haute et latéralement située ;  
à distance, douleur crurale.
- b) un empâtement profond;
- c) des réactions péritonéales effacées;
- d) l'œdème et la voussure de la région lombaire;
- e) souvent, phénomène de psoïte.

a) *La douleur.*

L'appendicite rétro-cœcale a le plus souvent une symptomatologie lombaire inférieure droite : Tandis que dans l'appendicite normale, la douleur est vive et subite, spontanée ou provoquée par la pression, dans la forme rétro-cœcale, son début est moins brutal et son intensité moins caractéristique. Le malade localise mal sa douleur; dans la grande majorité des cas, il la situe soit en dehors de la fosse iliaque droite, tout contre la crête iliaque, soit dans la région costo-iliaque, et bien souvent avec irradiation lombaire ascendan-

te : cette localisation est moins précise que dans l'appendicite habituelle. Cette indication donnée par le malade lui-même est une première notion de diagnostic qui doit garder toute son importance et qui déjà fixe l'attention sur deux probabilités; appendicite rétro-cœcale ou colique néphrétique. Bien souvent le malade se plaint de lumbago; mais contrairement à la lithiase urinaire, à moins qu'il ne s'agisse de lithiase infectée, ce lumbago se présente surtout avec une douleur diffuse dans toute la région lombaire chez un malade couché en chien de fusil sur le côté gauche comme porteur d'un phlegmon péri-néphrétique. Mais d'autres fois encore, plus rarement cependant, le malade localise nettement sa douleur au niveau de la cuisse droite, douleur telle que la marche devient d'emblée impossible; cette douleur crurale est caractéristique et doit faire penser aussitôt à une appendicite postérieure : Notre observation n° X en est un bel exemple, la douleur crurale avait ouvert brutalement la scène, accompagnée de phénomènes de psychose, et conserva toujours ses mêmes caractères d'intensité, de localisation, et d'irradiation, malgré l'absence de signes locaux et de signes gastro-intestinaux.

L'examen physique doit être pratiqué avec une extrême minutie. Si dans quelques cas très rares, la seule inspection de la paroi abdominale permet de constater une moindre amplitude du mouvement respiratoire, dans la fosse iliaque droite que dans le cadran correspondant gauche, tout réside, le plus souvent, sinon presque toujours, dans les résultats d'un palper attentif.

C'est par une palpation systématique et minu-

tieuse que seront précisés les caractères de la douleur. Bien souvent ce ne sont que des constatations floues qui ne prendront toute leur valeur que par la comparaison attentive entre les fosses iliaques et les régions lombaires droite et gauche. On palpiera les malades avec une légèreté et une douceur infinies, tantôt du bout des doigts, tantôt la main à plat en ayant soin de les faire respirer normalement, de leur faire plier les cuisses sur le bassin pour leur détendre la paroi; et l'on cherchera très doucement le moment où le malade accuse à la pression une légère douleur. Nous insistons sur la nécessité d'obtenir en quelque sorte le maximum de réponse au premier examen car une seconde palpation ne donnera plus les mêmes résultats et ici tout est finesse.

Le siège de la douleur est plus élevé que dans l'appendicite antérieure, plutôt dans l'hypocondre ou le flanc droit que dans la fosse iliaque, le plus souvent vers la crête iliaque ou la partie basse de la région costo-iliaque, ou même encore dans la région crurale. La palpation légère se complètera d'une palpation profonde, profonde ne veut pas dire brutale, et révélera alors la douleur dans la fosse iliaque même, douleur qui paraît lointaine, mais réelle, semblant provenir d'un foyer dissimulé sous-péritonéal, impression certes, mais impression qui deviendra une certitude quand l'inventaire clinique aura été fait : la position du malade en décubitus latéral gauche favorise cette recherche en la débarrassant des anses grêles qui y sont contenues. La connaissance de cette topographie de la douleur doit immédiatement faire penser au siège rétro-cœcal de l'appendice. Brun

lui attribue une grande fréquence et une valeur indubitable en même temps qu'une importance pratique; elle légitimera, surtout en cas de crise aiguë, la nécessité d'une technique opératoire spéciale.

b) *L'empâtement profond.*

Une fois la douleur localisée, il faudra rechercher toutes les sensations d'empâtement profond qui pourront faire soupçonner un abcès très éloigné de la paroi : sans doute ces sensations ne pourront pas être perçues dans les premières vingt-quatre heures, à moins d'abcès d'emblée volumineux; mais au bout de deux à trois jours elles se préciseront. Il faudra alors palper avec soin et avec persistance toute la région qui avoisine la crête iliaque et la partie supérieure de l'arcade crurale ; quand bien même tout le reste du ventre sera souple et sonore s'il existe un abcès on notera à ce niveau une résistance particulière en déprimant les plans musculaires : les doigts s'enfoncent moins facilement, moins profondément que du côté sain et on a la perception d'une fosse iliaque en partie comblée en même temps que sensible. Il faut aussi palper la région lombaire et l'échancrure costo-iliaque; souvent on aura une sensation de résistance nette qui éveille une douleur lointaine révélatrice d'un foyer dissimulé, d'une tuméfaction profonde mais sans plastron. A un degré plus avancé, la palpation révèle la présence d'une tumeur profondément fluctuante, adhérente à la paroi postérieure, immobile, semblant faire corps avec l'os. Cette tumeur présente

des dimensions variables, emplissant toute la fosse iliaque ou même remontant jusque dans la région lombaire : dans notre observation XI toute la région costo iliaque était occupée par une masse volumineuse, inflammatoire et œdémateuse.

*cs Réactions péritonéales effacées.*

A ces deux signes de douleur et d'empâtement profond, il faut ajouter l'absence de netteté des réactions péritonéales. Ce signe a son importance et s'explique aisément puisque dans la forme rétro-cœcale l'inflammation est extra-péritonéale. Tout se passe dans le tissu cellulaire ou en péritoine cloisonné rétro-cœcal. Les vomissements peuvent manquer : par réaction de voisinage l'abdomen est souvent ballonné quoique la cavité cœlomique ne contienne pas de liquide, la contraction se limite à la fosse iliaque droite tout contre l'os iliaque; il est rare qu'on trouve comme dans l'appendicite aigüe habituelle la contracture douloureuse étendue jusque dans la fosse iliaque gauche. Le ballonnement abdominal du reste modéré ne présente jamais l'allure de l'occlusion intestinale et laisse une paroi abdominale non douloureuse, non contracturée. En cela ce signe est trompeur car comme le dit Mondor : « S'il nous rassure et nous fait écarter l'idée d'une collection, voilà toutes les erreurs accumulées et notre malade court les plus grands dangers ». Ce ballonnement en effet trompe la palpation l'empêchant de révéler la présence ou d'un abcès ou d'un empâtement profond.

d) (*Edème et voussure de la région lombaire*, constituent deux signes importants surtout quand l'examen clinique du malade laisse des doutes sur l'atteinte de l'arbre urinaire droit : la voussure de la paroi lombaire est plus ou moins marquée : elle débute au contact de la crête iliaque et peut s'étendre plus ou moins haut pouvant atteindre les côtes

e) *Psoïte*.

Enfin Kraff a insisté sur ce fait que très souvent dans l'appendicite rétro-cœcale il y avait une attitude vicieuse de la cuisse droite en flexion avec rotation interne et douleurs. Cette attitude indique une participation du psoas à l'infection. Ainsi donc toute constatation d'attitude vicieuse du membre inférieur droit nécessitera l'exploration soigneuse de ce dernier. Il sera bon de rechercher toute diminution de sa mobilité, voir si l'extension est complète et douloureuse : on pourra déceler la possibilité d'irritation du psoas par le voisinage d'une lésion inflammatoire d'origine appendiculaire. « Une psoïte droite paraissant spontanée et essentielle doit être presque toujours considérée comme d'origine appendiculaire ». (Lardennois, congrès de chirurgie 1907) .

Quant aux *signes généraux*, nous avons vu qu'ils manquent dans les premières phases de la maladie; puis des troubles gastro-intestinaux s'installent et entraînent de l'amaigrissement; les malades deviennent nerveux et irritables. La résorption des produits toxico-infectieux cœcaux provoque une température de 38°-38°5, continue ou intermittente.

Deux signes sont souvent constatés et importants : LE FACIES TERREUX ET LA DIARRHÉE; ils marquent l'imprégnation toxique de l'infection et la communication de la cavité intestinale avec un foyer gangréneux: dans notre observation XIII, en plus d'une douleur certes nette mais peu caractéristique dans la zone appendiculaire, nous n'intervenions que sur la constatation de ces deux signes généraux : faciès spécial et diarrhée; la température était de 38°; le malade continuait à vaquer à ses occupations et son médecin le traitait comme une entérite banale d'été.

Il ne faut pas négliger non plus de faire des *touchers rectal et vaginal* : le fait de trouver un abcès pelvien n'indique pas forcément une appendicite pelvienne : associés aux signes cardinaux ils indiqueront la migration basse d'un abcès rétro-cœcal.

Enfin le *laboratoire* viendra confirmer le diagnostic clinique : dans les cas difficiles, l'hyper-leucocytose s'associant à certains signes cliniques aura toute son importance .

*En somme* dans la forme extra-péritonéale, l'appendicite aigüe se manifeste :

par des phénomènes locaux surtout marqués dans la partie haute de la fosse iliaque et principalement dans la région lombaire.

par des phénomènes généraux ;

par des phénomènes digestifs.

*Les phénomènes péritonéaux* peuvent totalement faire défaut; nous avons constaté cette absence dans la majorité de nos observations et c'est

surtout sur cette déficience que nous voudrions insister : attendre des manifestations péritonéales pour décider l'urgence d'une intervention, c'est dans beaucoup de formes de l'appendicite aigüe rétro-cœcale vouer le malade à des complications toxi-infectueuses graves; c'est aussi méconnaître l'évolution particulièrement sournoise et torpide de la péritonite quand elle existe : sans doute cette complication est rare et ce que nous avons dit de la situation de l'appendice enfoui profondément derrière le cœcum suffit à expliquer cette rareté. Mais lorsque par hasard elle se produit, lorsque l'abcès volumineux d'emblée envahit le péritoine avant que les adhérences protectrices ne soient assez solidement réalisées, alors l'envahissement du péritoine n'est jamais foudroyant. Les grands signes de la péritonite à grands fracas n'existent plus, on n'a pas le ventre de bois classique, mais l'état général est très atteint. Devant un tableau péritonéal si effacé on comprend que le diagnostic puisse rester hésitant. Ici tout est contraste: de ressemblance il n'y en a qu'une : une thérapeutique d'extrême urgence conditionnée par la gravité de la situation, mais qui la plupart du temps n'empêche pas l'évolution de se faire vers la mort.

La symptomatologie de l'appendicite rétro-cœcale chronique est encore bien plus trompeuse : rien n'est caractéristique. Il n'y a ni tumeur, ni empâtement, ni psôitis, ni douleur nettement précise, à peine de temps à autre une petite élévation de température uniquement décelée au thermomètre et variant entre 37°5 et 38°. Quand la douleur existe elle peut prendre la forme d'une névralgie lombaire avec laquelle on peut la confondre. Ou bien

elle s'accompagne de troubles digestifs. Le début est plus ou moins obscur succédant à une marche prolongée ou à des repas trop copieux; chez d'autres ce sont des épisodes mal déterminés souvent désignés sous le nom d'indigestion. Ces troubles digestifs peuvent être purement intestinaux, avec douleurs allant de la simple pesanteur jusqu'à la véritable colique. Ils peuvent être purement gastriques : aussitôt après les repas; le malade éprouve une sensation de plénitude gastrique, de digestion difficile, de brûlure précoce ou tardive, quelquefois en tous points superposable à celle des ulcères et à laquelle s'ajoutent du pyrosis, des nausées et même des vomissements alimentaires et bilieux. Le malade supporte facilement cette sensation de gêne ou ces indigestions à répétition et de temps en temps sur ce fond chronique surgissent des recrudescences plus douloureuses. Le plus souvent les troubles sont mixtes, gastro-intestinaux. Ils peuvent s'associer de façon à donner une symptomatologie à type duodénal ou encore à type vésiculaire. Mais toujours l'examen approfondi du malade ne semble pas indiquer que l'estomac ou l'intestin en soient la cause et la palpation de la fosse iliaque droite révèle une douleur dans la région appendiculaire, parfois contre la crête iliaque, le plus souvent postérieure. Combien de fois toute une série de troubles nerveux, gastriques, hépatiques et colitiques restés longtemps sans explication et sur lesquels tous les traitements avaient été inopérants, ont disparu après l'ablation d'un appendice rétro-cœcal.

Si en matière d'appendicite aigüe l'urgence est un devoir vital, en face de syndromes chroniques

aussi trompeurs toutes les tentatives devront être faites afin de donner à un appendice rétro-cœcal la part qui lui revient dans les symptômes présentés par le malade : de la cure radicale dépend la suppression de tous les troubles et la guérison.

---



# **Formes Cliniques**



Nous croyons pouvoir distinguer ici :

des formes aiguës soit catarrhales pures ou avec réaction œdémateuse péri-appendiculaire, soit phlegmoneuses ou phlegmonogangréneuses;

des formes chroniques;

des formes urinaires.

Nous avons suffisamment décrit les deux premières formes au cours de notre chapitre clinique pour ne pas avoir à y revenir.

Par contre il nous paraît intéressant d'insister plus longuement sur les formes urinaires; cette forme clinique est la moins connue, la plus trompeuse de l'appendicite rétro-cœcale; P. Gaume et R. Diaz l'ont étudiée la dénommant « forme urinaire pure de l'appendicite rétro-cœcale », Laquière dans sa thèse sur « les relations du rein droit et de l'appendicite au point de vue pathologique » y insiste aussi. Il ne s'agit pas ici de complications urinaires de l'appendicite qu'elle soit classique ou rétro-cœcale, mais bien de formes qui prennent l'allure d'une affection urinaire pure à l'exclusion de tout signe appendiculaire; c'est pour cela que cette forme toute spéciale de l'appendicite doit être connue : faute d'y penser ces malades se présentent comme des urinaires vrais, sont traités comme tels sans succès, parceque leur appendice est entièrement sous-séreux plaqué au contact de la gaine urinaire. Qu'on songe alors à

la possibilité d'une appendicite chronique : tous les troubles jusqu'ici traités sans résultat disparaîtront avec l'appendicectomie. Proust et Gayet citent des observations de pyélonéphrites guéries après appendicectomie et Laquière dans sa thèse nous dit : « les modifications anatomiques (du rein) sont discrètes et rétrocedent facilement après que la cause de l'infection a disparu, c'est à dire après l'appendicectomie ».

R. Diaz rapportant 14 observations de malades ainsi guéris après ablation d'un appendice toujours rétro-cœcal et généralement plus ou moins noyé dans des adhérences, distingue trois types de formes urinaires pures suivant que le sujet présente des douleurs lombaires, une hématurie, une pyélonéphrite.

a) *Dans la forme douloureuse*, les douleurs sont toujours lombaires, parfois bilatérales mais plus marquées à droite, augmentées par les crises et provoquées par la palpation lombaire; quelquefois des irradiations vers l'aîne, les testicules ou les grandes lèvres et la cuisse rappellent le tableau d'une crise de coliques néphrétiques.

b) *La forme hématurique* serait assez fréquente, souvent seul symptôme, d'autres fois associée à de la colibacillose : mais l'exploration des voies urinaires reste absolument négative et on parle de néphrite hématurique. Tous les auteurs qui ont étudié la question montrent la fréquence de l'hématurie droite, ils parlent « d'hématurie de voisi-

nage » et incriminent le rapport intime de l'appendice et de l'uretère, et la cystoscopie montre une vessie et des uretères intacts.

c) *La forme de pyélonéphrite* se présente avec les signes classiques de pyélonéphrite : douleurs, troubles de la miction, cystite; elle n'est pas particulièrement tenace, mais récidive souvent et cette récidive s'accompagne toujours de douleurs dans la fosse iliaque droite .

On conçoit que ces formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cœcale, par suite de la multiplicité des aspects qu'elle revêt, puissent dérouter le diagnostic et le rendre très difficile. Certes les troubles intestinaux chez ces malades existent mais ne présentent rien de spécifique dans leur modalité : c'est de la constipation, tantôt des troubles gastriques, digestions pénibles et météorisme; en interrogeant soigneusement ces malades on peut obtenir d'eux certaine affirmation qui se précisera par la palpation attentive de la région appendiculaire : la douleur se révélera au Mac Burney, soit le long de la crête iliaque ou au contact du bord externe du carré des lombes; alors le diagnostic de l'appendicite rétro-cœcale pourra être envisagé. Gaume rapporte l'observation de deux malades se plaignant de douleur droite à type de colique néphrétique avec irradiations testiculaires: à l'intervention les deux malades étaient atteints d'appendicite rétro-cœcale avec appendice remontant très haut et adhérent à la face antérieure du rein : leur ablation amenait leur guérison définitive.

C'est pour cela, en présence de ces syndromes douloureux lombaires droits à symptomatologie urinaire iruste ou monosymptomatique, qu'il est bon, avant de prendre une décision thérapeutique de s'entourer de toutes recherches utiles : examens cytobactériologiques des urines, radiographie urinaire, pyélographie, radiographie cœco-colique ; il faut en un mot faire l'inventaire complet de tout l'hypocondre droit : le négliger c'est risquer une erreur de diagnostic qui conduira fatalement à l'intervention chirurgicale inopérante.

---

# **Diagnostic Différentiel**



Au cours de notre étude clinique nous avons souvent insisté sur la difficulté du diagnostic : nous voudrions dans ce chapitre, en présence d'un malade soupçonné d'appendicite rétro-cœcale, passer en revue les différentes affections qui peuvent donner le change avec la lésion qui nous intéresse.

*Diagnostic des formes aiguës.* — Dans les formes aiguës le diagnostic différentiel se fera surtout avec les lésions de l'appareil urinaire et tout d'abord avec le phlegmon périnéphrétique. Tout comme dans l'appendicite rétro-cœcale le début se fait rarement à grands fracas, par une douleur profonde, aiguë ou sourde, dans la région lombaire : le plus souvent le début passe inaperçu et il est impossible de préciser la date exacte à laquelle ont commencé les accidents. Les phénomènes généraux vont bientôt progressivement ou brusquement attirer l'attention par un état frébrile avec frissons, nausées, vomissements, pouls rapide et altération notable de l'état général. La fièvre présente de grandes oscillations avec rémission le matin : le malade est abattu, tantôt agité, tantôt en état de prostration avec souvent des signes gastro-intestinaux. Rien n'attire l'attention sur la région lombaire, sauf une douleur sourde et vague, confondue du reste parfois avec la rachialgie des grandes pyrexies. En somme c'est le tableau d'une infection générale et le malade est souvent hospitalisé dans un service de médecine

avec le diagnostic de grippe, de fièvre typhoïde, voire même de tuberculose. Des signes d'emprunt dûs au voisinage du phlegmon avec la plèvre contribuent à égarer le diagnostic. Et Trousseau disait : « Ce sont des malades qui habituellement se présentent sous l'aspect de malades médicaux ».

Or dans l'appendicite rétro-cœcale il y a bien des cas où le tableau clinique est identique et cette période d'incertitude peut durer plusieurs jours. Même lorsque la palpation bi-manuelle de la région lombaire droite aura réveillé une tuméfaction profonde et douloureuse, le diagnostic pourra rester hésitant : dans l'appendicite rétro-cœcale comme dans le phlegmon péri-néphrétique nous pourrions noter les mêmes attitudes vicieuses traduisant une irritation du psoas, et lorsque l'abcès aura tendance à s'extérioriser il le fera, dans l'un et l'autre cas, vers les téguments de la paroi lombaire en un point bas, situé au ras de la partie postérieure de la crête iliaque qui correspond au triangle de J.L. Petit. C'est alors qu'il faut examiner avec soin les antécédents du malade : le phlegmon apparaît tantôt après une furonculose, un panaris, une ostéo-myélite, tantôt encore après une maladie infectieuse : rougeole, scarlatine, typhoïde, variole, grippe, puerpéralité. Dans le phlegmon consécutif à l'appendicite rétro-cœcale la lésion est souvent plus basse, plutôt ilio-lombaire que lombaire, et le malade a dans ses antécédents surtout un passé d'infection intestinale.

La pycnéphrose est un diagnostic beaucoup plus rare. Mais si la douleur et la tuméfaction peuvent avoir les mêmes caractères que dans le phlegmon périnéphrétique ou l'appendicite rétro-cœcale, ici

apparaît un autre signe qui lève tous les doutes : la pyurie.

Il faudra ainsi penser à l'hydronéphrose infectée surtout quand le passé urinaire des malades n'aura pas été connu, d'autant plus que ces malades peuvent présenter une symptomatologie aussi bien lombaire que péritonéale, vu le rapport que la poche hydronéphrétique contracte avec le péritoine pariétal et les réactions cliniques qu'elle peut déterminer de par même sa situation anatomique.

Mais il n'y a pas que les lésions rénales aiguës qui peuvent induire en erreur : il y a aussi les lésions du ligament large et l'ostéo-myélite aiguë de l'aile iliaque. Les phlegmons du ligament large pourraient à un examen un peu superficiel prêter aussi à confusion parce qu'ils viennent se montrer le plus souvent en avant, juste sous la paroi abdominale au contact de l'aile iliaque. Les anamnèses auront vite fait d'imposer le diagnostic : à leur origine on notera presque toujours une infection puerpérale, soit post-partum, soit le plus souvent post-abortionum. Le toucher vaginal lève tous doutes ajoutant aux signes de la palpation abdominale ceux plus précieux de la réaction parautérine.

L'ostéo-myélite aiguë de l'aile iliaque, certes une rareté, sera à discuter en présence des signes généraux d'une suppuration s'accompagnant d'une localisation dans la fosse iliaque ou la région lombaire droites : dans ce cas elle se révélera par une douleur à la pression de l'os iliaque et par des signes radiographiques : séquestres et réaction périostée.

Les diagnostics des migrations purulentes lointaines, abcès sous-phréniques, abcès rétro-hépatiques, ne peuvent être que des diagnostics de supposition dont l'affirmation est vraiment impossible et qui dans la grande majorité des cas ne sont même pas établis au cours de l'intervention chirurgicale et ne peuvent être réellement faits que par l'évolution post-opératoire.

*Diagnostic des formes chroniques.* — Quoique ne comportant pas des décisions urgentes et bien qu'aidé par de nombreux examens complémentaires, le diagnostic de l'appendicite rétro-cœcale chronique n'en est pas moins difficile aussi. Cliniquement les erreurs peuvent être nombreuses, englobant toute une série de troubles nerveux, hépatiques et colitiques sur lesquels s'égarent les étiquettes de névralgie lombaire, d'ulcus gastrique ou duodénal, de colique hépatique ou de cholécystite. Le diagnostic clinique supposé il sera bon, avant toute thérapeutique chirurgicale, de soumettre le malade à toutes les recherches utiles cliniques, radiologiques et de laboratoire pour souvent lui éviter une intervention inutile.

Le diagnostic différentiel le plus fréquent est celui qui se fait avec la lithiase rénale, et c'est surtout dans ce sens qu'il faudra diriger les recherches en présence d'un malade présentant un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec irradiation lombaire et peu ou pas de signes gastro-intestinaux. Et Lombard et Lagrot ont dit : « En général l'absence de température et les caractères du pouls non accéléré et quelquefois ralenti, le siège des douleurs qui occupent la loge rénale et sont réveillées par la pression au dessous

de la deuxième côte, leurs irradiations qui se font vers la racine de la cuisse, le scrotum ou les grandes lèvres, la sensibilité du trigone vésical exploré par le toucher rectal ou vaginal, tous ces symptômes permettent de reconnaître la colique néphrétique. Mais quelques uns d'entre eux peuvent faire cortège à une appendicite caractérisée. »

Tantôt encore la douleur lombaire associée à des signes urinaires fera penser à un rein mobile beaucoup plus fréquent à droite par suite de certaines conditions anatomiques, ou à une hydronéphrose, affections qui d'ailleurs souvent se combinent l'une à l'autre. Les coudures de l'uretère qu'elles provoquent, les troubles vasculaires dont elles sont le siège peuvent en effet rendre le rein plus fragile à l'infection. Ces malades se présentent alors au médecin, suivant Laquière, comme des multiptosiques à parois flasques, avec parfois des trajets herniaires. La douleur lombaire droite s'exagère surtout dans la position debout et se calme par le décubitus. Il faut alors pratiquer l'exploration du bassinnet qui montrera une rétention pyélique, et la cystoscopie et la pyélographie confirmeront le diagnostic.

Tantôt enfin on pense à une pyélonéphrite : les signes sont au complet, douleurs, troubles de la miction, cystite, colibacilles dans les urines, température. Le diagnostic est encore délicat. Et pourtant il faut mettre tout en œuvre pour le poser car de l'intervention et de la cure radicale de l'appendice dépend la suppression de tous ces troubles et la guérison. L'étude des antécédents permettra d'éliminer toute atteinte rénale, associée aux explorations radiologiques, endoscopiques et chimi-

ques, tous examens qui dans les cas douteux ont pour nous une valeur indiscutable : ON OPERE TROP DE FAUSSES APPENDICITES. L'examen radioscopique du gros intestin et la douleur provoquée sur le bord interne du cœcum ou en arrière de lui en un point cœcal toujours le même malgré les différentes positions du malade, permettra d'affirmer l'atteinte appendiculaire. L'examen sous écran aura enfin une grande valeur pour éliminer une actinomycose cœcale. L'abcès appendiculaire rétro-cœcal peut avoir en effet, surtout chez les sujets âgés, une évolution assez torpide pour se présenter avec une allure de tumeur.

Ainsi les cas sont nombreux où la clinique seule est embarrassée sinon impuissante à formuler un diagnostic précis. C'est pourquoi un examen complémentaire s'impose toujours d'une façon absolue : l'examen radiologique. Nous verrons dans le chapitre qui suit qu'il ne faut pas espérer qu'à lui seul il puisse faire porter un diagnostic certain : ce n'est qu'un contrôle de l'examen clinique mais qui souvent grâce à une technique menée avec méthode pourra orienter vers la possibilité d'une atteinte appendiculaire.

---

# **Diagnostic Radiologique**



Le polymorphisme qu'affecte l'appendicite rétro-cœcale chronique, la symptomatologie soit fruste soit complexe sous laquelle elle se présente, rendent indispensable l'utilisation de tous les moyens de diagnostic, en tête desquels nous devons placer l'examen radiologique.

Mais ici il n'en est pas toujours comme dans d'autres affections où l'examen clinique fournit des données précises au médecin radiologue qui, vérifie si les signes radiologiques correspondent à ceux de la clinique.

Il est difficile le plus souvent, avons-nous vu, de poser un diagnostic d'appendicite rétro-cœcale chronique, et le clinicien pense à toute autre chose qu'à une appendicite. Nos observations I et XXIV en sont un exemple et bien des fois on pense à une atteinte de l'arbre urinaire ou du carrefour vésiculaire.

Le radiologue n'est donc pas sollicité d'avoir à confirmer l'hypothèse d'une appendicite rétro-cœcale : on lui demande un examen du rein droit ou de la vésicule biliaire, et c'est la réponse négative des examens radiologiques qui oriente vers un examen complet du tube digestif. Parfois encore on lui demande de « débrouiller » le malade à l'écran. En somme si l'examen radiologique reste comme toujours un moyen d'investigation, de contrôle de l'examen clinique, dans le cas présent il permet davantage puisqu'il oriente vers le tube digestif et fait soupçonner puis affirmer l'atteinte

appendiculaire. Des signes particuliers orienteront enfin le diagnostic vers la possibilité d'une position anormale rétro ou latéro cœcale d'un appendice chroniquement enflammé.

Il y a des cas où l'on pense à une affection de l'arbre urinaire. Il s'agit de malades qui se présentent au médecin comme des urinaires, tantôt avec une symptomatologie de lithiase rénale, tantôt avec celle d'un rein mobile ou d'une pyélonéphrite. Des examens chimiques et endoscopiques ont déjà été faits qui sont négatifs : d'autres examens radiologiques avec pyelographie ou injection intra veineuse d'uro-sélectan ou même sans préparation reviennent eux aussi négatifs : la cause des troubles occasionnés chez le malade n'est pas au niveau de l'arbre urinaire.

Il y a d'autres cas bâtards où la symptomatologie présentée par le malade revêt la forme de coliques hépatiques ou de cholécystite : les signes sont peu nets, la douleur est haute presque vésiculaire et le clinicien demande au radiologue des examens du carrefour vésiculaire ; mais là encore la radiographie avec ou sans préparation préalable par ingestion de tétra-iode ne nous apprend rien : la vésicule biliaire n'est pas la cause de tous les troubles.

Dans tous les cas il importe alors obligatoirement de faire un examen complet radiologique du tube digestif.

On emploiera les deux procédés en usage : d'abord l'étude du transit intestinal qui donne des renseignements complets d'ordre anatomique et physiologique : il montrera l'horaire de la diges-

tion, l'état de spasme, d'atonie ou d'hyperkinésie de l'intestin ; ensuite le lavement opaque qui donne des renseignements d'ordre anatomique, montrant les modifications de forme, de mobilité, de situation, de calibre, et la localisation des points douloureux cœcaux et appendiculaires.

Ainsi au cours de l'examen complet du tube digestif tel que nous pensons qu'il doit être fait, nous verrons successivement apparaître divers signes radiologiques décrits par les auteurs dans l'appendicite normale : la multiplicité de ces signes ou l'apparition de nouveaux symptômes en rapport avec la position rétro-cœcale de l'appendice, pourront alors faire aiguiller le diagnostic vers celui d'une appendicite rétro-cœcale.

La technique radiologique devra se poursuivre avec méthode : si les signes directs de l'atteinte appendiculaire ont une valeur indiscutable, les signes indirects, réflexes que l'on pourra noter sur le tube digestif au cours de l'examen, auront aussi leur importance : ils permettront déjà de se faire une opinion.

Tout d'abord on remarque souvent pendant le remplissage de l'estomac, la présence de liquide à jeun : la baryte tombe en neige dans le bas-fond gastrique : il s'agit de liquide d'hyper sécrétion ; parfois aussi on note l'existence d'un spasme du pyllore pouvant durer un quart-d'heure et s'accompagnant d'un certain état d'hyperkinésie de l'estomac. Ces signes ne sont pas absolument constants ; quelques fois associés, quelques fois isolés, mais dans l'ensemble très fréquents, ils orientent déjà le radiologue, étant donnés les signes négatifs.

tifs relevés antérieurement au niveau du cholesty, vers une affection de l'intestin.

L'image radiologique du duodenum ne montre rien au bulbe (1). L'évacuation intestinale de la bouillie barytée se fait correctement et progresse normalement tout le long du grêle, mais on trouve souvent un certain degré de stase iléale. Le cœcum se remplit très lentement, l'anse iléale est comme paralysée, sans doute par irritation de la séreuse péritonéale sus-jacente qui est enflammée, et le grêle qui normalement est toujours vide au bout de six heures voit encore sa lumière encombrée par le repas opaque de nombreuses heures après. Un autre fait constant est le spasme du cœcum qui se traduit à l'écran par une encoche profonde de trois à cinq centimètres, large de deux à trois millimètres, extrêmement nette et siègeant en général sur le bord externe du cœcum. Dans tous les cas, que le cœcum soit bien ou mal injecté, que l'appendice soit déjà visible ou non, on constate une douleur au niveau du cœco-ascendant.

Étant donnée l'importance des signes radiologiques déjà observés, le diagnostic se serre de plus près et il ne peut s'agir que d'une affection appendiculaire ou d'une colite. Pour faire la discrimination entre ces deux affections il faut multiplier les examens et les films au cours de ce stade du transit intestinal pour tâcher de surprendre une image de l'appendice.

---

(1) Certains radiologues, en particulier Blondeau qui se propose d'insister prochainement sur ce signe qui est pour lui presque constant dans l'appendicite chronique, signalent l'existence d'un point douloureux net au niveau du troisième duodénum, sur la racine du mésentère.

L'appendice n'est pas toujours visible, ou parce qu'il s'agit d'un appendice enflammé ce qui entraîne plus ou moins l'obturation de la lumière de l'organe, ou parce qu'il peut-être plus ou moins coudé ; enfin quand il est rétro-cœcal, l'image du cœcum le cache à la vue : il faut alors examiner le malade de profil ou en oblique antérieure droite pour rejeter l'image du cœcum en avant, celle de l'appendice isolé en arrière. Enfin on peut mettre le malade en décubitus latéral gauche, ventre sur l'écran, dos aux rayons X : les anses grêles déshabitent la fosse iliaque droite, le cœcum quitte le contact avec le flanc droit et l'appendice peut-être vu, parfois accroché, fixé dans une fossette rétro-cœcale. Si malgré les examens répétés on ne voit pas encore l'appendice il est indispensable de donner un lavement baryté qui souvent suffira à injecter le cœcum ; si l'appendice n'est pas encore visible on fait évacuer le lavement et on procède à une insufflation prudente, (prudente à cause de la friabilité possible d'un appendice pathologique) contrôlée sous écran avec ou sans lavement préalable au moyen de sels de thorium. La muqueuse appendiculaire retient par ce procédé les grains de baryte ou les micelles de thorium : les images obtenues sont d'une finesse de détails tels qu'ils permettent à coup sûr de voir l'appendice sous la forme de deux traits qui en épousent les contours, tantôt en zig-zag, tantôt coudé, ou bien moniliforme ou rigide. Dans le cas d'appendice franchement sténosé on arrive tout au moins à voir la plupart du temps sa base d'implantation ce qui peut-être suffisant pour localiser le point douloureux.

Cette douleur provoquée à la palpation est un

signe capital. Le point douloureux maximum siège sur le cœcum ou sur l'ascendant dans l'appendicite rétro-cœcale, tout à fait indépendant du Mac Burney classique, parfois cependant sur le bord interne du cœcum au niveau des ganglions enflammés qui peuvent d'ailleurs être vus plus ou moins calcifiés sur les films. Dans le cas où l'appendice reste invisible et où le malade souffre sur le cœcum et l'ascendant, le gros diagnostic est celui de colite droite. Mais dans la colite il y a un spasme de tout le cœco-côlon et une accélération du transit avec mauvais remplissage du cœcum dont les bords sont toujours imprécis. S'il y a tuberculose les images obtenues seront des images par soustraction ou images dites de Stierlin ; elles seront au contraire lacunaires dans le cancer.

Deux autres signes secondaires de présomption en faveur d'un appendice rétro-cœcal sont la fixation du cœcum, traduisant la réaction inflammatoire péri-cœcale, et la déformation du cœcum.

L'immobilité du cœcum par des adhérences doit être recherchée avec soin ; comme pour la recherche des points douloureux, l'examen doit être fait successivement en position debout, en position de Trendelenburg, dans le décubitus horizontal, et dans le décubitus latéral gauche, ventre sur l'écran. Guy Laroche recommande le double orthodiagramme couché et debout. On notera soigneusement la position du cœcum par rapport aux repères osseux (crête iliaque) pour déterminer de façon certaine le degré de mobilité indiqué par l'ascension cœcale dans le décubitus. En même temps la palpation manuelle apprécie chaque fois la mobilité latérale.

Pour bien mettre en évidence le signe de la déformation du cœcum il faut que le malade soit en position de décubitus latéral gauche : on peut alors voir une déformation concave de la face postérieure du cœcum correspondant à un abcès rétro-cœcal la comprimant. Enfin, comme souvent dans les appendicites classiques, on pourra voir au cours des jours suivants une stase appendiculaire ou une stase cœcale.

Nous insistons surtout sur un examen complet et conduit avec méthode du tube digestif qui pas à pas nous amène au diagnostic d'appendicite rétro-cœcale. Mais chaque fois que le point douloureux maximum ne siègera pas nettement sur le bord inféro - interne du cœcum, il faudra mettre en œuvre tous les moyens de diagnostic que nous avons décrits pour le voir, et fixer ces images sur des clichés.

---



# Traitement



Le traitement de l'appendicite rétro-cœcale ne peut être aussi simple que celui de l'appendicite ordinaire : ce n'est pas une appendicite de débutant, et c'est la situation topographique même de l'organe qui crée cette difficulté. Il nécessite bien souvent des modalités de technique qu'il s'agisse de voies d'abord, de résection de l'appendice ou d'hémostase, et cette technique sera différente suivant que l'on opère une appendicite aiguë phlegmoneuse ou une appendicite chronique.

Nous envisagerons donc successivement l'étude du traitement de ces deux formes d'appendicite rétro-cœcale.

## **I) Traitement des Appendicites Phlegmoneuses.**

A). — *L'examen clinique dénote, en plus d'un syndrome appendiculaire net, la présence d'une tuméfaction inflammatoire qui donne l'impression d'être sous-péritonéale, que cette tuméfaction, localisée dans la fosse iliaque droite soit plaquée à l'os iliaque ou qu'elle remonte dans la région lombaire.*

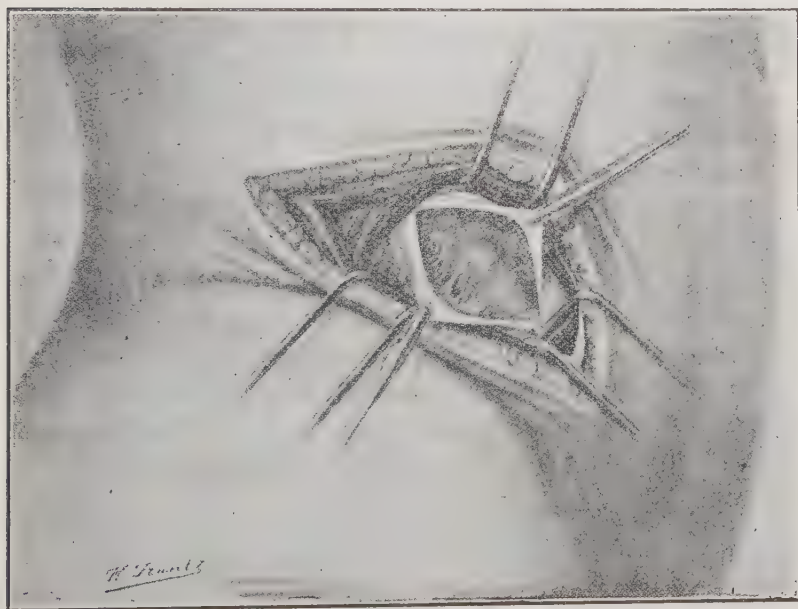
En présence de pareils cas cliniques personne actuellement ne discute plus l'indication opératoire, il faut drainer ce foyer infecté, et tout faire pour enlever l'appendice : « Attendre l'évacuation

spontanée du pus par l'intestin ou le refroidissement de ces foyers infectés rétro-cœcaux... est une façon qui me paraît aujourd'hui très critiquable... car si ces formes d'appendicite exposent fort peu aux risques de l'infection péritonéale diffuse, par contre ce sont peut-être celles qui donnent le plus souvent naissance aux complications infectieuses à distance ». (Lecène).

Il est logique que l'incision se fasse en pleine tuméfaction inflammatoire : dès lors elle reste extra-péritonéale. C'est pour cela que dans ces cas la technique, bien mise au point par Lecène, de l'incision sus-iliaque postérieure doit rester le type de la voie d'abord (fig. 3).

Le plan musculaire dépassé on ouvre la zone cellulaire rétro-péritonéale presque toujours œdémateuse : son exploration au doigt beaucoup plus prudente qu'à la sonde amène la libération de la collection purulente, que la paroi péritonéale ait été vue ou non : c'est l'écoulement du pus habituel de l'appendicite rétro-cœcale, pus fétide à odeur gangréneuse, fécaloïde, en quantité plus ou moins abondante : l'idéal est de rechercher et de réséquer l'appendice. Cette tentative doit être faite avec une excessive prudence, toute manœuvre brutale risquant de rompre les adhérences protectrices et de mettre le foyer opératoire particulièrement septique en communication avec la cavité péritonéale. Bien souvent l'appendice est gangrené, amputé soit à sa partie moyenne soit à sa base : dans le premier cas sa partie proximale restante nous permet d'atteindre facilement le fond cœcal et de sectionner l'organe malade à ce niveau : dans le deuxième cas la recherche du

moignon est parfois difficile et il n'est nullement nécessaire de vouloir en pratiquer coûte que coûte la ligature : d'autre fois l'appendice est plaqué contre le fond cœcal par des brides adhérentielles : seuls son relief et la sensation de dureté particulière qu'il donne au toucher permettent de le différencier de la paroi cœcale. Après une libération partielle de l'organe faite prudemment au bistouri, il est facile de l'extérioriser par résection sous-sé-



(Fig. 3)

**Incision postérieure sus-iliaque de Lecène.** (Des écarteurs réclinent en haut, en bas et en avant les muscles larges dissociés et non sectionnés ; le péritoine est ouvert et saisi par deux pinces : la collection purulente a été évacuée et l'on aperçoit le cœco-côlon ascendant adhérent au péritoine pariétal postérieur).

reuse, d'autant que cette manière de faire facilite beaucoup l'hémostase toujours difficile dans ces milieux scléreux et infectés. Mais il arrive souvent que malgré toute la minutie apportée à l'exploration de la cavité purulente, l'appendice reste introuvable ; Il faut alors savoir ne pas s'entêter : mieux vaut battre en retraite que d'exposer le malade déjà en état d'infériorité, au danger d'une intervention trop longue et de la possibilité d'une effraction toujours grave du péritoine avoisinant sain. Pour terminer cette intervention il faut largement drainer à l'aide de compresses toute la cavité de l'abcès dont les parois sont laissées béantes.

Dans les cas d'impossibilité d'appendicectomie, deux éventualités peuvent se présenter : dans la première, l'appendice détruit par l'infection s'est entièrement résorbé : il s'est fait une véritable appendicectomie spontanée et le malade guérira sans menaces de récidives ; dans la seconde, soit que l'organe n'ait été détruit que dans sa moitié distale, soit qu'il ait repris sa vitalité après cette phase d'infection aiguë, le malade présentant à nouveau des signes d'appendicite devra être repris, mais cette fois en dehors de toute infection aiguë, par voie péritonéale avec libération du cœcum comme nous le dirons plus loin.

B). — *Il y a des signes d'appendicite aiguë à l'examen clinique, mais sans collection perceptible ou avec sensation d'induration profonde dans la fosse iliaque.*

Ici la voie d'abord est celle de l'appendicite classique : après incision de l'aponévrose du grand

oblique et par dédoublement plus ou moins étendu des fibres des muscles larges, on ouvre la cavité péritonéale.

Deux cas peuvent se présenter : ou bien il s'agit d'une appendicite aigue catarrhale ou pariétale mais sans collection purulente, ou bien on se trouve en présence d'un cœcum adhérent et refoulé par une tuméfaction purulente postérieure.

Dans le premier cas, que le cœcum soit libre ou qu'il soit adhérent, l'appendice plus ou moins long, rouge, tuméfié, doit être libéré de ses attaches adhérentielles et réséqué; dans le deuxième cas, la constatation ou même la crainte d'une collection purulente susceptible au cours des manœuvres opératoires de faire brutalement irruption dans la cavité péritonéale saine, oblige de prendre une précaution primordiale : le barrage circonférentiel, à l'aide de compresses, de toute la région cœcale : on constitue ainsi, autour de la tuméfaction inflammatoire, une véritable muraille protectrice qui fait qu'opératoirement parlant toute l'intervention se fera extra-péritonéale : pour nous **CE TEMPS OPERATOIRE CONSTITUE LA MANŒUVRE LA PLUS IMPORTANTE DE TOUTE L'INTERVENTION.** On effondre alors du doigt la paroi de l'abcès, soit par le fond cœcal, soit par l'espace pariéto-cœco-côlique, et cette manœuvre, toujours facile, ouvre une cavité qui peut être franchement purulente ou bien simplement œdémateuse à liquide louche et fétide, au milieu de laquelle la recherche de l'organe et l'appendi-

cectomie se feront suivant les modalités indiquées plus haut; naturellement l'intervention se termine par le drainage à la compresse de la région rétro-cœcale; les compresses primitivement placées tout autour du cœcum seront enlevées ou laissées à demeure suivant l'abondance du pus trouvé : « Dans les infections aiguës de l'abdomen, pour drainer toujours assez, il faut savoir souvent drainer trop » (G. Métivet)

## **II) Traitement des Appendicites**

### **Chroniques.**

La voie d'abord dans le traitement de l'appendicite chronique rétro-cœcale ne peut et ne doit être que la voie d'abord habituelle de l'appendicite classique, quitte une fois le diagnostic clinique contrôlé par le diagnostic opératoire, d'élargir le déboulement des muscles larges ou de prendre la détermination obligatoire d'inciser verticalement ces muscles larges soit vers le bas soit bien plus souvent vers le haut: il nous est même arrivé (observation XV) de pratiquer ainsi pour être prudent une laparatomie para-médiane remontant jusqu'au rebord costal : l'appendicectomie rétro-cœcale toujours difficile, ne peut se faire d'une façon prudente, tant au point de vue libération de l'organe qu'au point de vue hémostase, si l'on ne se crée pas un accès suffisamment large.

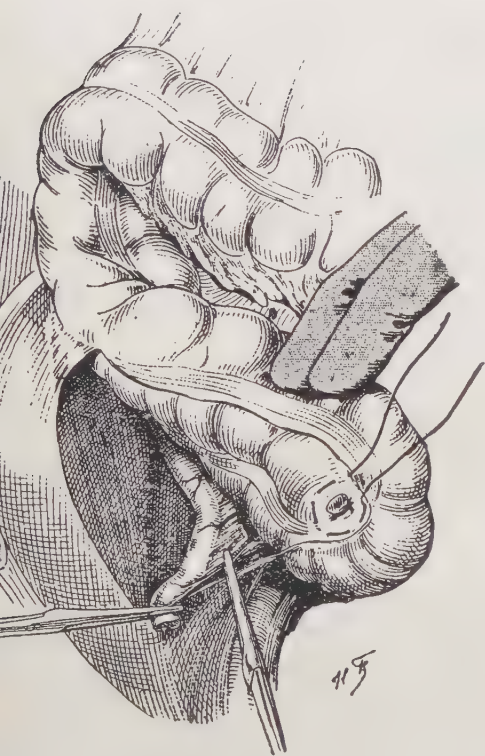
Dans les cas de cœcum libre, l'appendice reconnu, fixé par ses adhérences sur la paroi postérieure du cœcum est facilement libéré et réséqué; mais si le cœcum est fixé c'est alors que l'intervention est plus délicate, et ici nous ne pouvons mieux faire que de rappeler la technique opératoire donnée par Descomps dans la Revue de Chirurgie de 1921.

On fait d'abord le décollement de dehors en dedans du cœcum ou du cœco-côlon : ce décollement a lieu par incision de l'espace pariéto-colique de la réflexion péritonéale et par clivage de la zone avasculaire sous organique, manœuvre qui expose largement la zone appendiculaire dans le champ opératoire.

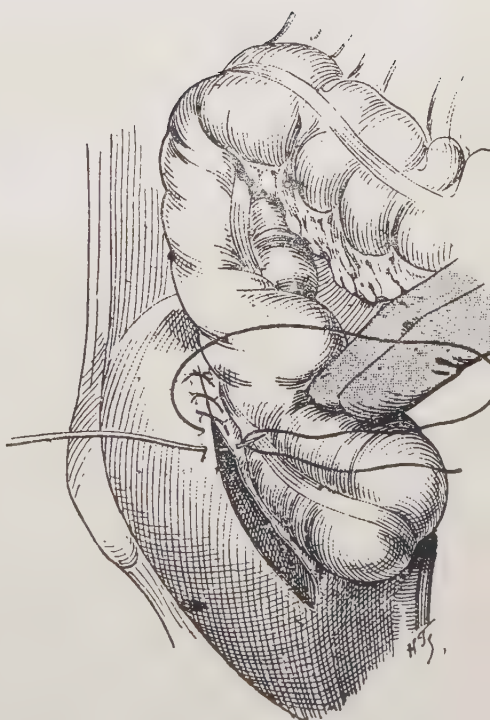
Nous avons dit au chapitre anatomique la brièveté dans ces cas du méso appendiculaire; ceci nous explique la nécessité de la section première de son implantation cœcale et, après enfouissement de son moignon, de son extirpation rétrograde soit que cette extirpation se fasse par résection sous séreuse avec arrachement lent, soit « par décollement progressif de la base vers la pointe avec hémostase réalisée par étapes successives..... en cheminant pas à pas et en plaçant au fur et à mesure des pinces de Kocher sur le bord médial de l'appendice » (Descomps); ceci dans le but de pratiquer une hémostase sûre et prudente et de pouvoir en toute tranquillité d'esprit refermer sans drainage la cavité péritonéale. (fig. 4).

Enfin l'intervention se terminera par rabattement du côlon qui sera une véritable colorraphie postérieure suivant le dessin ci-joint (fig. 5) relevé dans le travail de Descomps (revue de chirurgie 1921, t. LIX p. 20).

---



(Fig. 4)



(Fig. 5)



## **Conclusions**



*Il résulte de cette étude qu'il est légitime, malgré les nombreux travaux parus déjà sur la question, d'attirer l'attention sur l'appendicite rétro-cœcale.*

*L'appendicite rétro-cœcale est plus qu'une variété anatomique ; par son tableau clinique, par sa difficulté de diagnostic, par sa technique opératoire particulière.*

*L'importance de cette forme postérieure d'appendicite se justifie par ses particularités anatomiques et anatomo-pathologiques : elles conditionnent et expliquent sa symptomatologie si spéciale et la difficulté de son diagnostic ; seule la recherche méthodique et approfondie de certains signes permettra de redresser un diagnostic hésitant, et d'écarter l'hypothèse d'affections rénales droites qui, dans les cas aigus comme dans les cas chroniques, sont les grandes simulatrices de l'appendicite rétro-cœcale.*

*Ainsi pour éliminer une atteinte de l'arbre urinaire droit, il est indispensable, non seulement de faire des examens endoscopiques et chimiques, mais encore et surtout de demander un examen radiologique qui permettra de rejeter la possibilité d'affections extra digestives et d'orienter le diagnostic vers le tube digestif ; dans le cas présent l'examen sous écran est plus qu'un contrôle de l'examen clinique puisqu'il fait soupçonner et affirme l'atteinte appendiculaire.*

*La technique opératoire est spéciale et présente*

*certaines particularités : nous les avons décrites : elles ont toutes leur importance.*

*L'appendicite rétro-cæcale s'oppose enfin à l'appendicite antérieure par son évolution particulièrement grave parceque sournoise : les phénomènes péritonéaux peuvent faire défaut ou être discrets : attendre leur manifestation pour décider l'urgence d'une intervention c'est vouer le malade à des complications toxi-infectueuses graves et à la mort.*

---



Vu :

Le Président de Thèse,

H. COSTANTINI

Vu :

Le Doyen,

E. LEBLANC

Vu et permis d'imprimer,

Alger, le 18 Décembre 1934

Le Recteur :

G. HARDY

# **Observations**



## Observation I

M. P... J., gardien de prison, âgé de 52 ans entre à l'hôpital salle Dupuytren (Service de M. le Professeur Costantini) le 9 novembre 1932.

Ce malade se présente à notre examen avec un syndrome douloureux du flanc droit.

Depuis plusieurs jours il « ne se sentait pas bien » lorsque brusquement il a été pris la veille de douleurs assez violentes au niveau de sa région hépatique et de sa région lombaire droite. La crise a été accompagnée de vomissements et d'une température que le malade ne peut préciser. Les irradiations de ces douleurs n'ont pas un caractère bien net, tantôt se faisant vers la région lombaire, tantôt au contraire remontant vers l'épaule droite, de sorte que deux hypothèses sont envisagées par le médecin traitant : coliques néphrétiques et coliques hépatiques. Une poche de glace est mise sur l'abdomen et plus particulièrement au niveau des zones douloureuses. La douleur persistant, avec son même caractère, le malade sur l'avis de son médecin et de son entourage se décide à se faire hospitaliser afin que des examens spéciaux puissent lui être faits.

*Actuellement* en effet le malade souffre de son héli-abdomen droit. Sa région hépatique et plus particulièrement son carrefour vésiculaire est douloureuse à une palpation profonde quoique

progressive et délicate. Le cœco- iléon n'est pas douloureux, la fosse iliaque droite est souple et il n'y a aucune douleur au point de Mac Burney.

Des examens de spécialités sont demandés et successivement une pyelographie du rein droit et une radiographie de la vésicule biliaire reviennent négatifs : il y a intégrité de la fonction urinaire et de la fonction hépaïo-vésiculaire.

Durant tout le temps pris par ces examens le malade a toujours conservé sa glace sur le ventre Il continue de se plaindre et sa température a toujours oscillé entre 38° et 38°5, avec un pouls à 90-94. Entre temps les examens de laboratoire nous donnent la formule de suppuration suivante :

Globules blancs : 9.200 par mm<sup>3</sup>.

Polynucléaires neutrophiles ..... 57 %

» basophiles ..... 0

» éosinophiles ..... 4

Grands mononucléaires ..... 0

Moyens mono ..... 17

Lymphocytes ..... 12

Formes de transition ..... 0

Meta - myelocytes ..... 10

L'hypothèse d'une appendicite est alors envisagée, quoique la région appendiculaire n'ait jamais attirée l'attention, et on se décide à intervenir le 22 Novembre 1932, 14 jours après le début de la première crise douloureuse.

*Intervention* : Anesthésie générale. Incision de Marc Burney; au fond du cœcum basculé en haut on voit une appendice très long, mesurant 15 centimè-

tres; il se dirige vers le haut et présente une coudure qui correspondant à la face inférieure du foie. Appendicectomie avec enfouissement.

*Suites opératoires* : au bout de 4 à 5 jours, abcès du pouden qui enlève le malade en quelques jours.

## Observation II

Zerouki Mohamed, âgé de 27 ans, entre le 25 Novembre 1933, à l'hôpital salle Dupuytren (Service de M. le Professeur Costantini).

Ce jeune indigène a déjà été soigné dans le service : atteint d'une crise d'appendicite celle-ci avait été refroidie; le malade se disant alors guéri refuse de rester plus longtemps à l'hôpital et demande à sortir.

Il rentre à nouveau en état de crise aigüe avec cette fois ci un gros placard appendiculaire : une poche de glace est laissée à demeure sur son abdomen pendant quelques jours.

La veille de l'intervention chirurgicale acceptée par le malade le placard a à peu près complètement disparu : la température est normale. le pouls est à 84.

*Intervention* le 16 Décembre 1933.. Incision de Mac Burney. On a de la peine à dégager l'appendice qu'on perçoit vaguement en arrière du cœcum. On agrandit la brèche opératoire en incisant en haut sur deux centimètres le petit oblique et le transverse. Alors le cœcum peut-être bien relevé et on découvre un appendice informe, peletonné, que l'on dégage facilement. Enfouissement. Fer-

meture avec petite mèche car un petit kyste appendiculaire s'est rompu au cours de l'intervention.

*Suites opératoires normales.*

### **Observation III**

Ben Hacine Hamed, âgé de 48 ans, entre salle Dupuytren (Service de M. le Professeur Costantini) le 12 Septembre 1933.

Il est au douzième jour environ d'un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite.

*Actuellement* il existe un gros placard sus-iliaque dans le flanc droit, douloureux à la palpation superficielle et profonde accompagné d'une fièvre à 38°5. On pense qu'il y a du pus très probablement d'origine appendiculaire rétro-cœcale. et on se décide à intervenir aussitôt.

*Intervention le 12-9-33.* Anesthésie générale. Incision postérieure sus-iliaque de Lecène. On arrive sur le péritoine sans trouver de pus. On ouvre le péritoine : pas de pus. On sent l'appendice vaguement rétro-cœcal; on se rend compte qu'il serait trop risqué de faire plus. On laisse des mèches et on referme..

*Suites opératoires :* l'état du malade est excellent mais une suppuration locale persiste quelque temps. Le malade quitte l'hôpital le 20 Octobre 1933 en promettant de revenir pour qu'on puisse le reprendre.

### **(1) Observation IV**

Melle X. jeune fille de trente ans a présenté il y a quatre jours le 16 novembre 1932, une crise

---

Les Observations IV, V, VI, VII et VIII sont dûes à l'obligeance de M. le Dr P. Goinard.

douloureuse à début progressif du flanc droit avec température et vomissements. La constipation est absolue depuis ce jour.

*Actuellement*, 20 novembre 1932, nous trouvons une malade au faciès tiré, blafard. Le pouls est petit à 120; la température rectale est de 39°. Tout l'abdomen est douloureux et il existe une défense abdominale généralisée; mais ce n'est pas le ventre de bois classique.

*Intervention* immédiate sous anesthésie générale à l'éther; péritonite purulente généralisée. L'appendice est rétro-cœcal, gros, adhérent et remontant jusqu'au foie. Dissection et ligatures rétrogrades. Mèches et drains. Drain dans le Douglas qui contient beaucoup de pus.

*Suites opératoires* : amélioration pendant quatre jours; puis brusquement ascension de la température et du pouls. Mort le sixième jour.

## Observation V

Femme de 31 ans amenée d'urgence à la garde, le 30 novembre 1933 pour crise douloureuse abdominale.

Depuis la veille elle souffre de douleurs violentes de la fosse iliaque droite avec irradiations lombaires et génitales. Pas de fièvre, pas de vomissement.

*A l'examen* le ventre est souple non douloureux dans la fosse iliaque droite. On note seulement une défense pariétale iliaque et sus iliaque et une douleur à la palpation au niveau de la crête ilia-

que. On pose le diagnostic d'appendicite rétro-cœcale.

*Intervention* sous anesthésie générale à l'éther. Incision postérieure sus-iliaque de Lecène. Il y a à peine un peu de sérosité purulente dans le péritoine. L'appendice est rétro-cœcal adhérent au cœcum, filiforme et sans lumière.

*Suites opératoires* normales : guérison.

## Observation VI

Le 11 février 1930 arrive à la garde un indigène de 35 ans qui depuis trois jours souffrait de douleurs progressives de la fosse iliaque droite accompagnées ou suivies de vomissements. Depuis le début de sa crise il n'a eu qu'une selle. La palpation du ventre tout entier est douloureuse et on note une défense de tout l'abdomen : la température rectale est à 38°5, le pouls à 140.

*Intervention* immédiate : anesthésie générale. Péritonite purulente généralisée. L'appendice est rétro-cœcal et perforé; on le décolle au doigt. Appendicectomie. On laisse trois mèches et un gros drain est placé dans le Douglas.

*Suites opératoires* : un affaiblissement progressif s'installe : il n'y a pas de vomissement, pas de fièvre; des gaz sont émis; le ventre est souple. Mort au bout de 8 jours.

## Observation VII

Melle X... jeune fille de 18 ans arrive à la garde le 28 décembre 1931 pour syndrome douloureux aigu de la fosse iliaque droite.

Le début de la crise remonte à 4 jours. La veille de son entrée à l'hôpital elle prend un purgatif et dans la nuit une crise plus intense s'installe : les douleurs sont plus violentes qu'auparavant localisées à l'hémi-abdomen droit.

*Actuellement* le ventre est souple douloureux plus particulièrement dans la zone avoisinant le point de Mar Burney, avec une défense iliaque droite très marquée. La température est à 40°1, le pouls à 106.

*Intervention* au balsoforme. Pus dans le péritoine. L'appendice est rétro-cœcal, gangréné dans sa moitié distale, inclus dans la paroi cœcale sous des voiles adhérentiels, en imminence de perforation. On laisse trois mèches et on met un drain dans le Douglas.

*Suites opératoires* normales : guérison.

## Observation VIII

Le 17 décembre 1928 un indigène de 17 ans est amené d'urgence à la garde pour crise douloureuse abdominale violente.

Depuis trois jours il souffre d'une douleur dans le flanc droit, a des vomissements et de la fièvre. Depuis peu il a un arrêt complet des matières et des gaz.

A l'examen nous trouvons un malade au faciès anxieux, fébrile, qui se plaint d'une douleur nettement localisée au flanc droit sans irradiation. Son pouls est à 120, et sa température rectale est à 40°. Le ventre est assez souple; il n'y a pas de

ballonnement. Mais le flanc droit et la région lombaire droite présentent de la contracture et de la matité. La palpation révèle un point douloureux très haut situé et très en dehors du point classique de Marc Burney, jusque même dans la région lombaire. Le signe de Rovsing, est positif. Le toucher rectal est douloureux surtout à droite.

*Intervention* immédiate sous anesthésie générale à l'éther. Sous l'anesthésie la contracture déjà notée se précise très nettement. Incision postérieure de Lecène. Dès le décollement parapéritonéal on note de larges trainées purulentes. On ouvre le péritoine et un pus chocolat abondant très fétide en sort. On voit au fond de la poche de l'abcès rétro-cœcal un appendice adhérent au cœcum et en imminence de perforation. On le décolle au doigt. Appendicectomie. On laisse trois mèches, un drain et on garde largement ouvert.

*Suites opératoires* : guérison.

## (1) **Observation IX**

F... Joseph, âgé de 20 ans, mécanicien d'automobiles, entre salle Lisfranc (Service de M. le Professeur Ferrari) le 5 Novembre 1934 pour crise d'appendicite aigue.

A l'examen il présente tout le syndrome classique d'une crise appendiculaire aigüe : douleur dans la fosse iliaque droite au point de Mac Burney, température, vomissements alimentaires, diarrhée légère. En outre la palpation de la fosse

---

(1) Les observations qui suivent sont dûes à l'obligeance de M. le Dr Vergoz.

iliaque droite montre un empâtement douloureux profond. Il n'y a aucune douleur postérieure ni latérale.

Le malade est traité par la glace et opéré 12 jours après son entrée à l'hôpital, la crise aigue étant complètement refroidie, par M. le Dr. Vergoz.

*Intervention le 17 Novembre 1934. Anesthésie générale.*

« Nous trouvons un côlon ascendant fixé mais un cœcum libre sans appendice visible. Ce dernier qu'on sent surtout à la palpation, turgescit et dur dans sa fosse sous-cœcale, est extoriorisé par une pince et il faut aux ciseaux sectionner quelques brides membraneuses qui l'accollent contre le fond du cœcum, pour arriver à le sortir d'une fossette sous-cœcale, fossette parfaitement visible avec un bord libre à concavité antéro-supérieure. L'hémostase nécessite trois ligatures. Une toute petite mèche est laissée dans le fond de la fossette cœcale. L'appendice est gros, rouge, turgescit.

*Suites opératoires* : légère rétention purulente ; après l'enlèvement de la mèche, vers le 6<sup>e</sup> jour après l'opération tout rentre dans l'ordre. Guérison complète. »

## Observation X

V... âgé de 9 ans.

Ce jeune malade se présente à nous avec un syndrome douloureux de la fosse iliaque et du flanc droit accompagné d'un très mauvais état général,

Il y a trois jours, le matin à son lever, il s'est senti fatigué et a vomi son petit déjeuner. Dans l'après-midi alors qu'il était en classe, il est pris de douleurs violentes dans le flanc droit avec irradiations à la fesse et surtout à la cuisse, douleurs telles, que la marche est d'emblée impossible. On le ramène chez lui où il s'alite. Sa douleur a augmenté d'intensité présentant toujours les mêmes irradiations; il a de la fièvre. Un médecin aussitôt appelé diagnostique une grippe : la fosse iliaque droite n'est pas douloureuse à la palpation.

Le lendemain l'état du petit malade a plutôt empiré : la température est de 39°5; la douleur est inchangée et le malade ne peut remuer sa jambe droite dans son lit mais il préfère encore se coucher sur le côté gauche et c'est dans cette position, en chien de fusil, qu'on le verra surtout les jours suivants. A l'examen le ventre reste souple, non douloureux. Seule la crête iliaque droite est douloureuse spontanément et à la palpation.

Le troisième jour l'état général est plus mauvais : il n'y a toujours aucun signe gastro-intestinal pas de vomissement pas de constipation ni de diarrhée : seulement un gros état saburral de la langue; la température rectale oscille entre 39°5 et 40°. La douleur est la même : même intensité, même localisation, mêmes irradiations. Pourtant un léger œdème de la région avoisinant la crête iliaque droite apparaît : la cuisse tout entière est douloureuse.

*Actuellement* au bout du quatrième jour l'état du petit malade est franchement mauvais; son faciès est celui d'un toxi-infecté avec langue sèche

et saburrale. Une légère dyspnée complète ce tableau clinique. La palpation montre en dehors d'un ventre libre, souple et peu douloureux, un empâtement douloureux plaqué contre l'épine iliaque antéro-supérieure droite, empâtement qui remonte le long de la crête iliaque accompagné d'un léger œdème. Le diagnostic d'appendicite aigue rétro-cœcale est posé par un chirurgien appelé en consultation.

*Intervention immédiate.* Anesthésie générale. Longue incision contre l'épine iliaque antéro-supérieure.

Il n'y a pas de liquide à l'ouverture de la cavité péritonéale. Par contre le cœcum dilaté est refoulé par une tuméfaction œdémateuse qui bombe surtout dans l'espace rétro-côlique droit. Avant toute manœuvre de dégagement de l'appendice la région cœcale est barrée et isolée du reste de la cavité péritonéale par un lit de compresses. Cette précaution prise, on effondre au doigt la région rétro-cœcale, manœuvre qui amène l'écoulement d'une quantité abondante de pus phlegmoneux à odeur fécaloïde. L'appendice est trouvé amputé à sa base. Un catgut est posé sur son point d'implantation. Le moignon n'est pas enfoui, et sans toucher aux compresses péri-cœcales primitivement posées, on draine la cavité de l'abcès à l'aide de deux ou trois mèches.

*Suites opératoires :* guérison.

## Observation XI

P... âgé de 43 ans.

Le 7 Juillet 1925 le malade est pris à son réveil d'une douleur abdominale violente, véritable

« barre au ventre » selon son expression. Cette douleur est mise sur le compte d'un bon repas fait la veille et le malade se purge. Le soir la douleur reprend avec une intensité accrue : des vomissements apparaissent ainsi que la fièvre. Un médecin appelé ordonne de la glace sur le ventre. Les phénomènes ne régressant pas une intervention est nécessaire.

Le malade se présente alors avec un état de toxi-infection grave : température 40°, langue sèche et rôtie, dyspnée. Tandis que l'abdomen est légèrement ballonné et peu douloureux à la palpation, la région lombaire par contre est fortement tuméfiée, tuméfaction rouge, œdémateuse qui s'étend des deux dernières côtes à la crête iliaque et transversalement de la région vertébrale à l'hypocondre; ce qui frappe surtout, c'est le faciès infecté du malade et son attitude particulière, couché en chien de fusil, dans son lit sur son côté gauche. Il n'y a aucun signe dans la fosse iliaque droite qui puisse faire poser le diagnostic d'appendicite aigüe : on pose plutôt le diagnostic de phlegmon péri-néphrétique.

*Intervention* sous anesthésie générale. Longue incision oblique allant de l'angle costo-vertébral à l'épine iliaque antéro-supérieure. Elle donne issue à une quantité considérable de pus chocolat à odeur fécaloïde gangréneuse. Toute la région est largement asséchée avec de grandes compresses abdominales.

*Suites opératoires* : compliquées d'une hémorragie particulièrement grave qui nécessite plusieurs transfusions de sang, et d'une phébite droite. Convalescence très longue.

Le malade était complètement rétabli et jouissait d'une robuste santé, lorsque, 6 ans après à la suite d'une infection générale (scarlatine) il présente des phénomènes douloureux au niveau de la cicatrice opératoire accompagnés de température et d'une tuméfaction de la région. L'incision montre qu'il s'agissait d'un phlegmon pyo-gazeux contenant des matières fécales. Il persiste une fistule stercorale dont le malade n'a jamais voulu subir la cure.

## Observation XII

B... Baptiste, âgé de 37 ans.

Malade entré d'urgence à l'hôpital le 7 Mars 1931 pour syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. En interrogeant le malade nous apprenons qu'il souffre de son ventre et plus particulièrement de sa fosse iliaque droite depuis une semaine. Mais son état ne l'a pas empêché de travailler et de vaquer à ses occupations. Cependant selon son expression il « ne se sentait pas bien ». Une douleur sourde, plutôt lancinante et à caractère de brûlure le « tenaillait » au niveau de la fosse iliaque droite avec de légères irradiations vers la crête iliaque droite et la région lombaire, l'obligeant à soutenir la région de ses lombes selon le geste expressif des malades atteints d'une affection rénale. Comme il est constipé plus que de coutume il se purge; mais cela ne change rien à son état. Des vomissements surviennent même après les repas et brusquement le 5 Mars 1931 le malade est pris d'une crise brutale très douloureuse

caractéristique d'une crise d'appendicite aigue. Les signes sont au complet : douleur, vomissements, température que le malade ne peut préciser. Pourtant malgré l'intensité des phénomènes la famille ne se décide à consulter un médecin qu'à la 46<sup>e</sup> heure et celui-ci ordonne l'hospitalisation immédiate.

A l'examen le malade vu à la 48<sup>e</sup> heure se présente avec un état général franchement mauvais. Son faciès est celui d'un toxi-infecté : la température est à 38°2. Le ventre est douloureux surtout dans la fosse iliaque droite; le palper montre de la contracture, un empâtement profond et un ballonnement abdominal de toute la région sous-ombilicale.

*Intervention* : Anesthésie générale à l'éther.

Incision classique. Dans la cavité abdominale il y a du liquide citrin en assez grande quantité; le cœcum se présente comme une véritable tumeur inflammatoire, est adhérent dans toute son étendue et environné de grosses adhérences épaisses qui cachent complètement l'appendice impossible à voir sans désinsertion de ces adhérences.

On doit donc 1°) faire une large section musculaire verticale des muscles longs; 2°) faire un décollement cœco-pariétal de cette tumeur cœcale qui montre que le tissu cellulaire rétro-cœcal est œdémateux et infiltré de sérosités. On est obligé de sculpter dans ces adhérences pour trouver un appendice gros comme une plume d'oie, noirâtre et amputé à sa partie moyenne. On fait la ligature de l'artère appendiculaire et le fond cœcal étant largement cartonné il nous est impossible de fermer l'orifice cœco-appendiculaire.

Toutes les compresses qui avaient été mises autour de la région cœcale pour préserver le péritoine sont laissées à demeure et une large compresse empaume tout le fond cœcal. Aucune suture de la paroi. A noter que lors du décollement cœco-pariétal, le doigt qui décollait a donné issue à une quantité de pus phlegmoneux de la valeur d'un demi verre à liqueur environ.

*Suites opératoires : guérison.*

### **Observation XIII**

X... âgé de 52 ans.

Ce malade est traité pour crise d'appendicite aigue depuis 15 jours par de la glace sur le ventre. Non seulement ce traitement classique ne donne aucun résultat mais encore le malade complique son tableau clinique par des phénomènes infectueux graves : ascension de la température, vomissements, langue sèche et saburrale, faciès de toxoinfection profonde et surtout diarrhée. Cette aggravation décide l'intervention. En plus des signes énumérés ci-dessus l'inspection et la palpation nous montrent un abdomen ballonné avec présence d'une tumeur inflammatoire grosse comme le poing dans la fosse iliaque droite et plaquée contre le plan osseux.

*Intervention* sous anesthésie générale. Il n'y a pas de liquide à l'ouverture de la cavité péritonéale. Un barrage de celle-ci est fait au moyen de grandes compresses. Le cœcum apparaît dilaté et refoulé par une tuméfaction. On ne voit pas l'ap-

pendice qui doit être rétro-cœcal. On effondre au doigt la région rétro-cœcale : un pus à odeur fécaloïde s'échappe de l'abcès. L'appendice n'est pas trouvé. On fait un large drainage de la région rétro-cœcale et la paroi est laissée largement ouverte.

*Suites opératoires* : Mort 6 jours après l'intervention avec continuation du syndrome toxi-infectueux.

## Observation XIV

G... Henri.

Ce malade a présenté il y a un an des petites crises douloureuses localisées dans la fosse iliaque droite qui cédèrent au repos.

Brusquement le 26 Août 1932 il ressent le matin à son réveil une douleur brutale dans le flanc droit

Tout d'abord tolérable et lui permettant de vaguer à sa toilette, la douleur devient bientôt plus intense et oblige le malade à se coucher. Tous les aliments et boissons pris dans la journée il les vomit.

Le lendemain, son état restant inchangé, la douleur persistant accompagnée d'une légère température, non contrôlée d'ailleurs par le thermomètre, les vomissements ayant lieu toujours à la moindre ingestion de solides ou de liquides, le malade se décide à faire venir un médecin qui conseille l'hospitalisation d'extrême urgence afin de subir l'appendicectomie.

A l'examen le malade se présente à la 26<sup>e</sup> heu-

re d'une crise aiguë de la fosse iliaque droite. Son ventre est rétracté en bateau et ne respire pas; il est douloureux et dur à la palpation et présente une défense musculaire prédominante dans la région sous-ombilicale. L'état général est mauvais.

*Intervention.* Anesthésie générale à l'éther. Grande incision dans la fosse iliaque droite avec section des muscles larges de l'abdomen. Toute la cavité pelvienne et la fosse iliaque droite sont remplies d'un liquide louche avec fausse membranes. La cavité pelvienne est barrée à la partie supérieure par deux grandes compresses abdominales. Elle est alors asséchée. L'appendice est rétro-cœcal; il est dilaté en massue à son extrémité qui est noirâtre gangréné et perforé à ce niveau. De derrière le cœcum sourd un pus à odeur fécaloïde. L'appendice est enlevé d'avant en arrière et le moignon n'est pas enfoui. Une grande compresse abdominale est laissée au contact du cœcum et un Mikulicz est mis au niveau du Douglas.

*Suites opératoires :* guérison.

## Observation XV

P... Georges âgé de 30 ans.

Opéré d'urgence à la garde. Syndrôme douloureux de la fosse iliaque droite avec irradiations vers la région lombaire. Température rectale à 39°

*Intervention* sous anesthésie générale. Le cœcum est fixé et l'appendice, adhérent dans toute son étendue, entoure en anse le fond cœcal pour devenir rétro-cœcal. Malgré un large débridement

de la paroi on n'arrive pas à dégager l'appendice qui semble remonter loin derrière le cœco-côlon et pour dégager l'organe dans sa totalité on se trouve dans l'obligation de pratiquer une section ascendante des muscles larges qui remonte jusqu'au rebord costal. Par décollement latéro-externe du cœco-côlon on arrive à enlever l'appendice dans sa totalité qui long de 14 centimètres remontait jusque sous la région hépatique. Cinq ou six ligatures ont dû être pratiquées au cours de l'appendicectomie. 2 mèches sont laissées dans la région cœco-côlique et la paroi est refermée en un seul plan.

*Suites opératoires : guérison.*

## **Observation XVI**

S... Sylvia, âgée de 27 ans.

Entre à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite et grossesse.

Elle a été prise brusquement de douleurs dans la fosse iliaque droite avec irradiations dans la région lombaire, accompagnées de vomissements et de fièvre à 39°.

A la palpation le ventre n'est pas douloureux et le maximum de la douleur se trouve en dehors de la fosse iliaque près de la crête iliaque. La grossesse est de cinq mois.

..*Intervention* sous anesthésie générale : il n'y a pas de liquide dans le ventre. L'appendice est complètement rétro-cœcal. Le cœcum est fixé sans tuméfaction apparente. La tentative de recherche

de l'appendice au doigt amène brusquement une issue de pus à odeur fécaloïde. On tamponne rapidement; toute la région cœcale est environnée de grandes compresses pour permettre une appendicectomie extra-péritonéale. L'appendice est long et gros comme l'index, noirâtre et gangréneux. Son moignon est enfoui. Une compresse est laissée dans la région rétro-cœcale.

*Suites opératoires* : normales. La grossesse se poursuit heureusement.

## Observation XVII

L... Joseph Nicolas, âgé de 23 ans.

Syndrôme d'appendicite aigüe avec fosse iliaque droite très douloureuse, constipation, vomissements, température à 38°.

*Intervention* immédiate à la garde. Anesthésie générale. Il y a du séro-pus dans le ventre en quantité surtout abondante dans le Douglas; pas de fausses membranes. La situation fixée et basse du cœcum nécessite pour l'appendicectomie comme pour le drainage du Douglas une longue incision curviligne qui gagne le bord supérieur de la symphyse pubienne. La recherche de l'appendice est difficile. Elle se fait par décollement au doigt du cœcum accolé au péritoine pariétal postérieur par des adhérences et des ligaments cœco-pariétaux. L'appendice semble enfoui dans une fosse

rétro-cœcale. Il est noirâtre et gangréné dans toute son étendue. Appendicectomie. Le moignon n'est pas enfoui : on laisse deux compresses, l'une qui draine le Douglas, l'autre la région rétro-cœcale. Fermeture de la paroi en un plan.

*Suites opératoires*: normales.

### Observation XVIII

A... Henri âgé de 17 ans.

Est au deuxième jour d'une crise qui a débuté par des douleurs aiguës dans la fosse iliaque droite avec irradiation dans la cuisse droite. L'état général semble bon. Le pouls est à 120, la température 39°. Bonne mobilité respiratoire de l'abdomen; la palpation montre un ventre souple sauf dans la fosse iliaque droite où la paroi résiste légèrement. On a du reste l'impression d'une tumeur cœcale dure et légèrement douloureuse.

*Intervention* immédiate sous anesthésie générale. Incision de la fosse iliaque droite. La cavité péritonéale est libre : le cœcum est fixé; l'appendice rouge tuméfié sans abcès appendiculaire est accolé en position rétro-cœcale. On pratique un décollement cœco-pariétal et après section de la base de l'organe on fait une appendicectomie rétro-grade. Très coudé à sa partie inférieure par un méso fortement rétracté l'appendice est gangréné dans sa moitié distale avec odeur caractéristique. Désinfection de la loge rétro-cœcale à l'éther, enfouissement du moignon, drainage rétro-cœcal à la compresse. Fermeture de la paroi en un seul plan.

*Suites opératoires* : guérison.

## Observation XIX

A...M. âgé de 27 ans, entre à l'hôpital le 12 mai 1933.

Début de la crise il y a deux jours par des douleurs brusques et violentes dans le flanc droit et des vomissements.

A l'examen la douleur provoquée siège nettement au dessous et en dehors du point de Mac Burney au voisinage de la crête iliaque ; mais il existe aussi une douleur en arrière dans la région infecté.

Intervention sous anesthésie générale à l'éther  
Incision externe : l'appendice est entièrement rétro-cœcal, adhérent difficile à extérioriser ; au moment de la décortication de l'extrémité haut située, celle-ci grisâtre et tendue se déchire. Il s'écoule quelques gouttes de pus fétide ; protection de la gouttière latéro-côlique par des compresses. Ligature du méso et des adhérences en plusieurs points ; méchage de la cavité rétro-cœcale. L'appendice est rouge et tuméfié dans ses trois-quarts proximaux : l'extrémité renflée dont la lumière a été obturée présente une muqueuse grisâtre ulcérée et fétide.

*Suites opératoires : guérison.*

## Observation XX

O...Thérèse âgée de 23 ans.

Le début de la crise qui n'a pas été brutal remonte à la veille.

*Actuellement* la malade présente une douleur nettement en dehors de la fosse iliaque droite avec irradiations lombaires. La palpation révèle une région lombaire uniformément douloureuse d'autant plus qu'on se rapproche de la crête iliaque : elle est intense au Mac Burney bien que spontanément la fosse iliaque soit peu douloureuse. Il existe pourtant à ce niveau une légère contracture. Le toucher vaginal est négatif.

*Intervention* immédiate sous anesthésie générale à l'éther.

L'incision de la paroi commencée par dédoublement musculaire doit être agrandie par incision obliquement ascendante. Le cœcum est fixé par des adhérences ; il est dégagé au doigt. L'appendice nettement rétro-cœcal est tuméfié, en battant de cloche et perforé à son extrémité. Liquide louche dans le Douglas. Appendicectomie. On assèche le Douglas et on le draine à l'aide d'une grande compresse. La paroi est fermée en un plan.

*Suites opératoires* normales : guérison.

## Observation XXI

E...Jean Baptiste, 18 ans.

Entre à l'hôpital pour douleur brutale ayant débuté il y a 48 heures dans la fosse iliaque droite. La palpation montre un ventre parfaitement souple non douloureux sauf au contact de la crête iliaque droite où en plus d'un léger empâtement, on révèle de la douleur à type ascendant lombaire. La température anale est à 37°9. Mais ce qui frap-

pe surtout c'est le faciès typhique caractéristique que présente le malade.

*Intervention* immédiate sous anesthésie générale à l'éther.

Incision classique : le cœcum distendu se présente dans la plaie opératoire mais il est adhérent sur toute sa longueur ; la cavité péritonéale est libre de tout liquide de fausses membranes. L'appendice gros, tuméfié, et rouge est tout d'abord en position latéro-cœcale droite plaqué contre le cœcum par un voile adhérent ; puis il devient sous cœco-côlique et dès lors son extirpation offre certaines difficultés. Pour les vaincre on juge nécessaire 1°) d'agrandir verticalement l'incision par section verticale des muscles larges, 2°) de pratiquer un décollement cœco-côlique après quelques ligatures vasculaires. L'appendice est alors facilement réséqué et son moignon enfoui. On termine par un drainage à la compresse de l'espace sous cœcal.

*Suites opératoires* normales : guérison.

## Observation XXII

M. Y... 25 ans.

Ce malade se plaint depuis quelques jours de douleurs abdominales se présentant sous forme de crise suivies de selles diarrhéiques. La température anale varie entre 37°8 et 38°5 et dans son allure générale le malade présente le tableau d'une entérite banale d'été. La palpation de l'abdomen montre un ventre parfaitement souple avec une

légère douleur dans la fosse iliaque droite : au point de Mac Burney il existe une légère défense sans aucune sensation d'empâtement profond. Un signe particulier attire surtout l'attention, c'est le faciès terreux du malade qui rappelle tout à fait le faciès des infectés graves. C'est surtout sur ce signe coexistant avec la légère contracture douloureuse réveillée dans la fosse iliaque droite qu'on pose le diagnostic d'appendicite et qu'on intervient. Intervention sous anesthésie générale ; le péritoine est libre mais il existe une collection rétro-cœcale purulente et gangréneuse (1/2 verre de pus environ). L'appendice est trouvé amputé à sa base et gangréné. On termine l'intervention par un large drainage de la région rétro-cœcale.

*Suites opératoires : guérison.*

### **Observation XXIII**

(In Thèse LAQUIERE M.J.J. Paris 1926)

Mme. M... trente six ans, a présenté le 5 Septembre 1925 une crise douloureuse abdominale violente, haut située à droite. Température 39°. Vomissements. L'entourage pense à une crise de colique hépatique : la malade se purge et continue à s'alimenter. La douleur cesse ainsi que les vomissements.

Le troisième jour, la fièvre se maintenant élevée on appelle le Dr. Luquet (de Melon). Celui-ci constate de la contracture abdominale avec points douloureux haut situé sur le foie. Il prescrit la diète et la glace sur le ventre. La diète n'est pas

observée. La température oscille entre 38°8, 39°5 et 40°.

Nous sommes appelés à voir la malade le 18 Septembre. Nous trouvons une malade pâle, à faciès d'intoxiqué. Le poulx est petit, bat à 140. La malade ne se plaint d'aucune douleur abdominale et se trouve mieux. Depuis le début d'ailleurs, aucun vomissement. Selles et gaz tous les jours assez régulièrement. Bref, absence complète de réaction péritonéale.

Localement ventre souple dans toutes les régions : épigastrique, hypogastrique et fosses iliaques. En particulier à droite, aucune douleur ni contraction dans la région de Mac Burney.

Par contre on découvre une tuméfaction occupant le flanc droit, tuméfaction dont la limite inférieure descend à peine à la crête iliaque, en avant s'arrêtant nettement au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. On note de la contraction des muscles de la fosse lombaire, mais aucune voussure, aucun œdème. Point douloureux rénal net.

On discute deux diagnostics :

Phlegmon périnéphrétique ou appendicite rétro-cœcale avec abcès. On s'arrête à ce dernier diagnostic. On élimine le phlegmon périnéphrétique parce qu'il n'y a aucun antécédent rénal, parce que les urines ne contiennent pas de pus et à peine des traces d'albumine. Enfin parce que le phlegmon périnéphrétique dit primitif n'évolue pas avec cette brusquerie.

*Intervention le 19 Septembre (Dr. Deroche).*

### Incision de Lecène sous-iliaque latérale.

Le petit oblique et le transverse dissociés largement sont infiltrés. Le tissu cellulaire prépéritonéal est infiltré, œdémateux, verdâtre ; ouverture du péritoine, à la pince de Kocher. On tombe juste sur l'abcès d'où s'écoule un peu de pus horriblement fétide et beaucoup de gaz. L'infiltration purulente a gagné la partie inférieure de la loge rénale.

La cavité de l'abcès est séparée du péritoine libre par des adhérences que nous respectons soigneusement. Dans cette cavité nous trouvons deux boulettes fécales.

On découvre à ce niveau la pointe de l'appendice, verdâtre, sectionné qui tient encore à un bout de méso. Ligature, ablation. Drains et mèches. On laisse tout ouvert.

*Suites opératoires* : La température tombe à 37°5 en trois jours. Des matières sortent par la plaie en petite quantité pendant trois jours. Le cinquième jour, ablation des mèches et des drains. On les remplace par des tubes de Carrel. Irrigation discontinue au Dakin toutes les trois heures. Plus de matières dans le pansement le septième jour. Au dix-septième jour, on supprime l'irrigation car il ne reste plus qu'une flore peu virulente. Notons la fermeture rapide de cette plaie que nous attribuons aux irrigations discontinues qui nous ont toujours donné de bons résultats dans des cas analogues.

## Observation XXIV

(In thèse Laquière M.J.J. Paris 1926)

Mme T... (Simone) quatorze ans entre le 26 Janvier 1925 Salle Lallier.

Elle vient pour des douleurs rénales droites dont le début remonte à un an et demi. Ces douleurs sont surtout marquées quand la malade est debout. Récemment, une véritable crise douloureuse l'a immobilisée quinze jours au lit. Aucun phénomène vésical, pas d'hématurie.

A l'examen, on constate seulement que le rein droit s'abaisse notablement. La division des urines montre que les deux reins sont égaux. Il n'y a pas d'hydronéphrose. La distension pyélique provoque une douleur de même nature et de même siège que les douleurs spontanées.

*Opération.* — M. Marion pratique une néphropexie le 11 février. Les douleurs sont calmées quand la malade sort le 8 mars.

Elle revient le 4 Mai 1925. Elle a été prise de douleurs siégeant cette fois dans la fosse iliaque droite, irradiant à l'ombilic, ayant les caractères d'une douleur appendiculaire. L'examen révèle une douleur nette au point de Mac Burney.

Pour confirmer notre diagnostic, nous faisons pratiquer une radioscopie du gros intestin. L'appendice n'est pas visible, mais il y a un point douloureux net sur le bord interne du cœcum.

Appendicectomie à froid le 6 Mai (Laquière). L'appendice est rétro-cœcal, très long, adhérent. Nous sommes obligé d'employer la voie rétrograde. L'appendice présente des lésions macroscopiques nettes d'appendicite.

Sortie guérie le 16 Mai 1925.

## **Observation XXV** (*Résumé*)

(In thèse Subreville Toulouse 1926)  
(recueillie dans le service de M. le Professeur  
Dambrin)

Marius B. 26 ans : douleurs abdominales, ventre ballonné et dur ; douleur localisée à la partie droite de l'abdomen et irradiée vers la cuisse. Glace sur le ventre. La température qui jusque là avait été normale, s'élève le 31 mai à 39°5. En même temps apparaît une rougeur au niveau du flanc droit. Le 3 juin on incise un abcès rétro-cœcal qui est drainé par deux drains.

Le 11 juillet, le malade est guéri de son abcès et quitte l'hôpital. Pendant son séjour chez lui il a ressenti par deux fois des douleurs abdominales. Le 18 juillet, à la suite d'une promenade en bicyclette, il ressent une douleur localisée au dessus de l'incision de l'abcès et reste trois jours au lit. Le 25 août, à la suite d'un voyage en chemin de fer, il éprouve une douleur analogue.

Le 2 octobre, on pratique sous anesthésie générale l'appendicectomie. « Appendicectomie chez un malade ayant subi antérieurement une ouverture d'abcès appendiculaire. Incision bilatérale dépassant en haut l'ancienne cicatrice qui, est enlevée. Après ouverture de la cavité abdominale en région saine, non adhérente, on trouve un appendice rétro-cœcal recourbé, remontant en arrière du cœcum avec pointe enfoncée près de la paroi iliaque et adhérente à la veine iliaque. Ablation de l'appendice à sa base ; section au thermocautère ligature du méso. L'appendice est enlevée par la voie sous-séreuse. Drain et mèche au niveau du point occupé par la pointe de l'appendice.

# **Bibliographie**



Certaines de nos références, n'ont été consultées que sous la forme d'extraits ou de résumés, n'ayant pu nous procurer les originaux sur place, ni par correspondance.

## A

ALAMARTINE. — Appendicectomie secondaire après ouverture d'un phlegmon appendiculaire (Lyon Chir. 1921).

ALGLAVE P. — Le cœcum extra péritonéal (Bull. Soc. Anat. de Paris LXXXVI - 1911, p. 142).

ALTI S.A. — L'appendice iléo-cœcal et ses hernies (Thèse de Paris 1894).

ANCEL ET CAVAILLON. — Cœcum rétro-côlique et meso-iléon (Bull. Soc. Anat. de Paris LXXXII - 1907 p. 274).

ANNANI. — Nouvelle méthode d'étudier l'appendicite. (La radiologie médicale N° 43, 8 Août 1926).

ANGOT. — Du traitement des typhlites aiguës (Thèse de Paris 1893).

ANTOINE. — Contribution à l'étude des syndromes douloureux cœco-côliques droits. Accolement du cœco-côlon droit en canon de fusil (Gaz. des hôpitaux N° 47, 14 juin 1921).

ARNAL. — Les complications urinaires de l'appendicite (Thèse Montpellier 1913).

AUBERT. — Appendicite rétro-cœcale (Soc. Med. Chir. de Marseille 1923).

AUBERT. — Appendicite rétro-cœcale (Presse Med. 1923).

ASCHOFF et POKORNY. — Sur la mobilité de l'appendice iléo-cœcal (Deutsche Zeitschuff für chirurgie T. CCII fas, 5-6 Juin 1927).

B

- BAUER R. — Appendicite aigue - formes cliniques - complications diagnostic. (Strasbourg Méd. P. 141-145, 5 mars 1932).
- BASHAM. — Rétro-cœcal appendicitis (Tr. West Surg. Ass. 1913).
- BEGOUIN P. — Des erreurs de diagnostic entre l'appendicite chronique et quelques maladies médicales. (Congrès Français de Chir. 2 Oct. 1911, p. 195).
- BENOIT. — Contribution à l'étude des appendicites (Thèse de Paris 1891).
- BERARD et VIGNARD. — A propos de l'appendicectomie sous-séreuse à froid (Bull. Méd. 1913).
- BERARD et CHALIER. — Sur la fréquente nécessité d'enlever l'appendice chez les appendiculaires antérieurement traités par l'évacuation simple des abcès. (Lyon Méd. 1909).
- BERARD. — Sur la nécessité de l'ablation de l'appendice après la guérison d'un abcès appendiculaire (Soc. Chir. de Lyon 1924).
- BERGASSE. — De l'appendicite rétro-cœcale (Soc. Med. Chir. de la Drôme Mars 1908).
- FERNADREIG. — Sur l'appendicite rétro-cœcale et l'appendicectomie sous-séreuse (Soc. de Méd de Toulouse 1925).
- BIGGS. — Long vermiforme appendix (Med. Record XXXIII 1898).
- BLOCH J. CH. — L'appendicite rétro-cœcale (L'Avenir Méd. N° 10, 1930).
- BOECKEL JULES. — Difficulté du diagnostic dans certaines formes d'appendicite chronique (Congrès français de Chir. 2 Octobre 1911 p. 137).
- BONEILLE. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des abcès péri-appendiculaires rétro-cœcaux (Thèse de Lille, 1913).

- BONN H. K. — A séries of filiform appendices (Surg. Gynec. Of Obst. XX 1915).
- BOURDE. — Appendicite postérieure (Marseille Médi. 1924).
- BRANET. — Traitement des abcès rétro-cœcaux (Lyon Médi. 1918).
- BRAULT. — Note sur le Traitement des abcès rétro-cœcaux dans l'appendicite (Lyon Med. 10 Avril 1898).
- BRUN. — Abcès de la cavité de Retzius (Pr. M. 1896).
- BRUN M.G. — Le point douloureux lombaire inférieur droit dans les crises d'appendicites aiguës. (Pr. M. 16 janvier 1919)

C

- CADENAT F.M. — L'appendicectomie rétrograde dite « sous-séreuse » (Pr. Med. N° 11, 5 février 1927).
- CAMBRIS. — Nouveau procédé d'examen radiologique de l'appendice (Pr. M. 1926 N° 13, p. 201).
- CAPLESCO. — Remarques sur l'appendicite rétro-cœcale (Bull. de l'Acad. de Med. de Paris, Juillet 1930).
- CARAVEN et BASSET. — Ulcération de l'iliaque externe dans les abcès appendiculaires (Revue de Chir. 1910 p. 1417).
- CARTZ et VENDIYIY. — Abcès sous phreniques (Revue de Gyn. 1908).
- CASE. — X rays d'observations on colonic peristallis and antiperistaltis with special référence tho the ileo-cœcal valve (Arch. d'elect. Med. Mai-Juin 1917).
- CAVAILLON et CHABANON. — Suppurations rétro-péritonéales d'origine appendiculaire (Province Med. 16 Mars 1907).
- CERF. — Etranglement de l'appendice dans la fossette rétro-cœcale (Anjou Méd. 1902, p. 303).
- CESTAN. — Sur 7 cas d'appendicite rétro-cœcale (Ann. de Med. et de chir. infantile 1904 p. 94 et arch. Med. Toulouse 1904)

- GLADO. — Appendice cœcal (Soc. Biol. 30 Janv. 1892).
- COURAUD. — Psotitis d'origine appendiculaire (Thèse Lyon, 1894).
- CONZETTE. — Comparaison entre une forme de perityphlite et l'appendicite suppurée rétro-cœcale (J. des Praticiens 3 Avril 1926).
- GRUVEILLER. — Anatomie descriptive.
- CULLEN. — Rétro-cœcal abscess developping three years after remmoval of appendix (New-York Med. Jour. 1902).
- CZEPA. — Visibilité radiologique de l'appendice (Soc. Med. de Vienne 26 Nov. 1926).

D

- DAMBRIN. — Sur l'appendicite rétro-cœcale (Soc. Med. Toulouse 20 Oct. 1926).
- DAMBRIN, BERNADBEIG et THOMAS. — Appendicite R. C. (Soc. Med. Toulouse 1925).
- DAMBRIN C.L. — Sur deux cas d'appendicite R.C. aiguë (Soc. de Chir. Toulouse séance du 29 Janv. 1932).
- DANIEL. — Appendicite calculeuse perforante R.C. (B. et Mem. de la Soc. Anat. de Paris 1903 p. 34).
- DELAGENIERE H. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique (Congrès Français de Chir. 2 Octobre 1911 p. 164).
- DESCAMPS. — Les appendicites sans péritonite (Paris Méd. 11 Juin 1921).
- DESCOMPS. — Appendicite rétrocolique (Revue de chir. 1921 T. LIX p. 20).
- DIAZ RAYMOND F.A. — Contribution à l'étude des formes urinaires pures de l'appendicite R.C. (Thèse de Paris, 1929).
- DIEULAFOY. — Toxicité de l'appendice (Pr. M. 9 Nov. 1898).

- DIEULAFOY. — Appendicite et cholecystite (Pr. Med. 1903).
- DURET. — Les troubles urinaires dans l'appendicite - (Assoc. Française d'Urologie 1889).
- DURET. — Traitement des abcès R.C. (Rev. de Chir. 1897).
- DUVERGEY. — Appendicite chronique à forme obstructive par vice de position iléo-cœcale (Gaz. Hebdom. Sc. Med. Bordeaux 1909).

E

- EISENLRATH. — A clinical lecture on the retro-cœcal appendix (International Clin. Philadelphie 1910).
- EYIGNAUD. — Appendicectomie rétrograde et drainage (Gaz. Hebdom. des Sc. Med. de Bordeaux XLVIII), N° 27, 3 juillet 1927).

F

- FAYOL. — L'Hématurie dans les diverses formes d'appendicite (Thèse Lyon 1913).
- FORGUE E. — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique (Congrès Français de Chir. 2 Octobre 1911 p. 153).
- FROMONT. — Anatomie topographique de la position sous diaphragmatique du tube digestif. (Thèse Lille 1890).
- FUCHS. — Processus vermiformis von 18 cm. Länge (Deut. Med. Woch XXXVII 1911 p. 1538).

G

- GAUME P. — Formes urinaires pures de l'appendicite R.C. (Bull. Med. 27 février 1932 Arch. urologiques de la clinique de Necker Tome VI, Février 1929).

- GAUME P. — Formes urinaires de l'appendicite R.C.  
(Gaz. Med. de France 1<sup>o</sup> Mai 1930).
- GAUME P. — L'appendicite R.C. masquée par des symptômes urinaires (Le concours Med. N<sup>o</sup> 37, 11 Sept. 1932).
- GANDOLPHE. — Psoitis et appendicite (Lyon Med, 1894).
- GARDNER W. C. — Incidence of retro cœcal appendix (Cincinnati J. Med. T. VI 1925-26).
- GAYET G. — Pyélonéphrite d'origine appendiculaire (26<sup>e</sup> congrès Français de Chir. Séance du 8 octobre 1913).
- GEORGE ET GERBER. — Valeur de l'examen radiologique de l'appendice au cours des appendicites chroniques ainsi que du cœcum et de l'ileon terminal. (Surg. Gyn. and Obst. 8 oct. 1913).
- GOIGNARD. — Traitement des abcès R.C. (Lyon Med. 1898).
- GOTTHEINER. — Images radiologiques normales et pathologiques de l'appendice. (Soc. de Radiologie de Berlin 12 Nov. 1925).
- GRINDA. — Traitement des abcès R.C. de l'appendicite (Pr. Med. 1897).
- GUGELOT. — Appendicite aiguë compliquée d'abcès R.C. ouverture dans la plèvre, vomique (Echo Med. du Nord 1911).
- GUYONNEAU. — Troubles urinaires dans l'appendicite (Thèse Bordeaux 1912).

H

- HARTMANN et LEGRAND. — Appendicite R.C. méconnue (Soc Anat. 1911).
- HUGBERECHTS. — Appendicite de type R.C. (Pr. Med. belge 1903 I, 297).
- HOURTOULIE. — Rein mobile et appendicite (J. d'urologie Méd. et Chir. 15 Déc, 1912).

BURIEZ CL. — Les abcès du foie d'origine appendiculaire (Gaz. des Hôp. N° 48 1er mars 1930).

I

JMMERMANN. — Appendicite chronique avec symptômes abdominaux supérieurs (Medical Journal and record Vol. CXXV N° 1, 1<sup>er</sup> Juin 1927).

J

JACOB. — Contribution à l'étude de l'appendicite (Thèse Paris 1912).

JACOBOWICI. — Appendicite R.C. (Bull. Med. N° 38, 8 sept 1928 I, 963).

JACQUET et GAILLY. — Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique (Bull. et Mem. Soc. Med. Hôpitaux Paris, N° 23, Janvier 1931 et Pr. Med. 1931 p, 376).

JALAGUIER. — Traité de chirurgie de Reclus (p, 684)

JONNESCO. — Anatomie du tube digestif. (In Poirier et Charpy).

JONNESCO et JUVARA. — Anatomie du cœcum et de l'appendice (Soc. Anat. 1894).

K

KIRMISSON. — Appendicite R.C. Abcès appendiculaires (Rev. Internation. Med. Chir. de Paris 1914).

KOSTANESKI. — La position rétro-côlique de l'appendice (Arch. d'Anat., d'Histologie et d'Embryologie 1930, p, 333-334).

L

LANZ. — Congrès Français de chirurgie 1911.

LAPEYRE. — Des suppurations Rétro-péritonéales dans l'appendicite (Thèse Montpellier 1907).

LAQUIERE M.J.J. — Relations du rein droit et de l'appendice au point de vue pathologique (Thèse Paris 1926)

LAROCHE. — Les formes urinaires de l'appendicite chronique (Paris Med. 1924).

LECENE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale 1926 T. III

LECENE. — L'incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'appendicite (Jour. Chir. 1922).

LECHEVALIER. — Contribution à l'étude de l'appendicectomie, par voie lombaire. (Thèse Paris 1913).

LE FILLIATRE. — Appendicite à forme postérieure extra péritonéale, rétro-cœcale et rétro-côlique. (Vie Med , 1926).

LEGUEU. — Situation du cœcum chez l'enfant (Soc Anat. 1894).

LEGUEU. — Appendicectomie lombaire (Pr. Méd. 1908).

LEJARS. — Les points douloureux appendiculaires (Semaine Med N° 44, 1908).

LERDER G. — L'Appendice iléo-cœcal ectopique (Pr. Med. XX 1912).

LEROY. — Hématurie urétéro rénales et appendicite (Thèse Lille 1913).

LOCWOOD — Traité de l'appendicite 1907.

LOMBARD et LAGROT. — Appendicite aiguë avec symptômes urinaires (Algérie Med. 1931 p. 134).

## M

MADRANGES. — Appendicite R.C. (Soc. chir. Marseille 1923).

MADRANGES. — Résection systématique de l'appendicite dans les collections suppurées appendiculaires (Thèse Lyon 1903).

MARAIIS. — A propos de la technique opératoire dans les cas d'appendicite R. C. (L'Année Med. de Caen T. XLIII N° 5 Mai 1922).

MARION. — Variabilité des rapports de l'appendice avec le cœcum (Bibliogr. anat ; 1900).

MARION. — Technique chirurgicale (T. I. p. 597).

MARIAGE Louis. — Contribution à l'étude de l'intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cœcales (Thèse Paris 1891).

De MARTEL et ANTOINE. — Les fausses appendicites. (Masson 1922).

MENARD. — Variété anatomique de l'appendice (Thèse Paris 1901).

MENEE. — Appendicite R.C. et cholécystite (Pr. Med. 1909).

MERIEL. — L'appendicite R.C. (Toulouse Méd. 15 Mai 1° Juin 1912).

METIVET G. — Du diagnostic et du traitement de l'appendicite aiguë (Pr. Med. 25 Déc. 1929).

MONDOR. — Les diagnostics d'urgence de l'abdomen.

MOREAU. — Quelques examens radiologiques de la région iléo-cœco-appendiculaire (Arch. d'Elect. Med. et de physiothér. 1922) 478).

MEYER SARETI. — Traitement de l'appendicite rétro-cœcale (Med. record 1921 p. 718).

MOORE. — The diagnostic of retro cœcal appendicitis (Saint Paul M.J. 1916 p. 167).

MOTT F. W. — Two anomalous vermiform appendices (Transact. Path. Soc London XL 1888-89 p. 105).

## N

NICOD. — Appendicite R.C. (Thèse Paris 1904).

NATHERY. — Diagnostic of rétro-cœcal appendicitis Dallas med. Jour. September 1927 p. 148).

NANCRID. — Appendicite suppurée rétro-cœcale (Medical News T. 52 1888 p. 570).

NOE LEON. — Des abcès appendiculaires ouverts dans l'intestin (Thèse Paris 1906).

NOSE-JOSSERAND et FAYOL. — Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite. (Journ. d'Uro. Février 1914).

O

OSTROM. — The rétro cœcal appendix (North American J. Homoeop. New-York P. 1907).

P

PASQUALIS. — Diagnostic topographique des appendicites aiguës (Bull. et Mem. Soc. de Chir. de Paris 15 Nov ; 1929).

PASQUALIS. — Nouvelle classification des appendicites aiguës signes et diagnostic. Méthode personnelle (Bull. et Mem. soc. de Chir. de Paris 4 juillet 1930).

PATURET. — Gaine urinaire (Amédée Legrand Ed. Paris 1923).

PELLAT. — A propos des appendicites aiguës R.C. (Arch. Méd. Chir. de Province 1926).

PIARD. — Des suppurations à distance dans l'appendicite (thèse Paris 1896).

PIERI. — Appendicite R.C. (Sté de Chir. de Marseille 1934).

PARAMORE R.H. — Two uncommon cases of retro cœcal appendicitis (Clin. Journ. LIII 1924 p. 397).

POENAM-CAPLESICO et GROSSU. — L'ictère conjonctival et l'appendicite (Bul. Acad. de Med. Paris 4 oct. 1932).

POIRIER. — Bulletin et mémoires de la Soc. de Chir. 23 Janvier 1911).

PRESSAC G. — Contribution à l'étude de l'appendicite R.C. (Thèse Toulouse 1909).

PROUST. — Un cas de pyélonéphrite d'origine appendiculaire (Bul. Soc. de Chir. de Paris 4 Mars 1913).

R

RAIGS A. — Un appendice iléo-cœcal géant. (Cours d'anat. path. Méd. Chir III 1926 p. 636).

RICHE V., G. FAYOL et Melle SOULAS. — Etranglement de l'appendicé dans une fossette rétro-cœcale (Soc. des Sc. Med. et biol. de Montpellier et du Languedoc séance du 17 Janvier 1930).

ROUVIERE. — Traité d'anatomie.

ROUX de LAUSANNE. — Traitement chirurgical de la pérityphlité suppurée (Revue Med. de la Suisse Romande 1890).

S

SALLET EMMANUEL. — Des abcès péri-hépatiques d'origine appendiculaire (Thèse Lyon 1894).

SALVIN. — Appendicite chronique simulant un ulcère peptique (Medical Journal and record N° 6, 16 Mars 1927).

SAMMAZZARI. — Sur un cas rare d'appendicite. Inclusion de l'extrémité distale de l'appendice dans la paroi et dans la lumière du cœco-côlon ascendant (Archivio Italiano di chirurgia vol. XVIII 1927).

SAUVE. — Les fausses tumeurs inflammatoires de la région cœcale et appendiculaire, et leur diagnostic. Sec. Nation Chir. 1925 27 Mai).

SUBREVILLE. — Modalités cliniques de l'appendicite R. C. et leur traitement chirurgical (Thèse Toulouse 1926-27).

SCHMINCKE A. — Zur Kenntnis der angeborenem divertikel der appendix (Virchow's Archiv. CLIV 1925 p. 774).

SMITH G.M. — A Statistical review of the variations in the anatomic positions of the cœcum and the processus vermiformis in the infant (Anat. record V 1911 p. 549).

SORETTI. — Rétro Cœcal traumatic appendicitis (Med. Record 1921).

STENAR. — La posicion rétro-cœcal del appendice (Arch. de la Sociedad Estud. ciê. de la Havana 1915 p. 64).

STERN. — Appendicitis rétro-cœcal abcess which op. in-  
to the cœcum (Ejened jour ' Prakt Med St Peters-  
bourg) 1900 p. 862).

## T

TESTUT et JACOB Anatomie topographique.

## V

VALLEE Paul-Henri. — Situation du cœcum et de l'ap-  
pendice chez l'enfant (Thèse Paris 1900).

VANVERTS. — De la voie d'accès dans les abcès R.C. d'o-  
rigine appendiculaire (l'Echo Med. du Nord N° 49  
7 déc. 1913).

VAN et DUVERGER. — Tendance à la guérison sponta-  
née des larges fistules stercorales de l'appendice R.  
C. (Arch. Med. Enfants 1908).

VIGNARD. — De l'appendicite - indications - contre in-  
dications et manuel opératoire. Nécessité de l'ap-  
pendicectomie précoce (Thèse Lyon 1899).

VIGNARD. — Suppurations R.C. et rétro-côliques d'ori-  
gine appendiculaire (Province Med. 1907, 30 Mars,  
6 Avril).

## W

WALTHER CH. — Rapport sur un cas de pyelonéphrite  
appendiculaire (Soc. de Chir. de Paris 15 Juillet  
1914).

WALTHER CH. — Rapport sur l'appendicite chronique  
Congrès Français de Chir. 1911 p. 74).

WADE H. W. — A specimen of congenital inguinal im-  
plantation of the vermiform appendix (Journ. Amer.  
Assoc. LXIV 1915 p. 819).

WEIR R.F. — A conical cœcum with a long appendix si-  
mulating a ureter (A Surgery XXVIII 1898, p. 658).

## Y

YOUNG W.G. — Two appendices in one person (J. Amer.  
Med. Assoc. LVI, 1911 p. 195).



